

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Mestrado em

Gerontologia Social e Comunitária

**Bem-estar e qualidade de vida em idosos institucionalizados
com demência- Contributos da animação sociocultural**

Rute Isabel Vinagre Belga

Beja

2019

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Educação
Curso de Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária

**Bem-estar e qualidade de vida em idosos institucionalizados
com demência- Contributos da animação sociocultural**

**Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Educação do Instituto
Politécnico de Beja**

Elaborado por:
Rute Isabel Vinagre Belga

Orientado por:
Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Beja

2019

Dedicatória

À Minha querida avó Branca...

Agradecimentos

Resultando este trabalho do meu esforço pessoal, sem a ajuda e o apoio de algumas pessoas seria impossível ter conseguido concluí-lo, desta forma gostaria de prestar o meu reconhecimento.

Obrigada a Deus, por nunca me ter abandonado e me ter dado coragem para nunca desistir.

Obrigada à Professora Doutora Maria Cristina de Campos Sousa Faria, que foi quem me orientou, por ter acreditado em mim, e por me ajudar a construir este trabalho, foi um “pilar” importante neste projeto de investigação.

Obrigada aos meus colegas de turma de Mestrado pela união e incentivo.

Obrigada aos meus idosos, pelas demonstrações de carinho, por aquilo que me ensinaram, pela forma como me colocaram as prioridades da vida.

Obrigada ao meu namorado, por me dar apoio, ânimo e confiança para continuar.

Obrigada a minha família, por seguir sempre a meu lado nos meus sonhos.

Bem-haja a todos o que fazem parte da minha vida e que fizeram parte deste sonho. Ficarei grata durante toda a vida.

Resumo

Atualmente, a rápida transição demográfica caracterizada pelo aumento progressivo e acentuado da população tem provocado propensões pesadas com implicações estruturantes, com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. Esta evolução demográfica caracteriza-se por um gradual aumento dos grupos etários seniores e uma redução da população jovem.

O envelhecimento é reconhecido como um problema para a maioria das pessoas. Envelhecer não significa necessariamente adoecer, é notório que certas doenças sejam mais frequentes em idosos. Estas doenças podem acarretar uma incapacidade parcial ou total do indivíduo idoso, gerando consequências para a família deste, e causando uma maior vulnerabilidade, reduzindo a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa.

Esta investigação tem como principal objetivo, conhecer o contributo que a animação sociocultural tem para o bem-estar de idosos institucionalizados com demência. Desta forma, verificou-se se a influência que a dinamização de um conjunto diversificado de atividades de animação sociocultural que respeite os gostos pessoais dos participantes, tem para o seu bem-estar.

Este estudo constitui-se numa investigação-ação, que conta com uma amostra de dez participantes a quem foram aplicados três instrumentos de avaliação para recolha de dados dos quais, Escala WHOQOL-BREF, Escala de Satisfação com a vida, Mini-Mental State Exam (MMSE).

Concluimos que a Animação Sociocultural é uma modalidade de intervenção em todos os campos da vida dos idosos, sendo um estímulo permanente para as capacidades mental, física e afetiva. Atua como facilitadora do acesso a uma vida mais ativa e criativa, melhora as relações de comunicação com os outros, desenvolve a autonomia pessoal. Os resultados revelam que os idosos que a maioria dos participantes se encontra no nível de satisfação com a vida “pouco satisfeito”, relativamente a qualidade de vida a maioria diz que “Nem Boa/Nem má”.

Palavras-chave: Idosos, Envelhecimento, Bem-estar, Demência, Animação Sociocultural.

Abstract

The present research project is entitled Promoting socio-cultural animation in institutionalized elderly people with dementia, with the main objective of studying the contribution that sociocultural animation impels in the well-being of elderly people with institutionalized dementia.

Aging is recognized as a problem for most people. Aging does not necessarily mean getting sick, it is notorious that certain diseases are more frequent in the elderly. These diseases can lead to partial or total incapacitation of the elderly individual, generating consequences for the elderly family, and causing greater vulnerability, reducing the quality of life and well-being of the elderly person.

This research has as main objective, to know the contribution that the socio-cultural animation impels in the well-being of institutionalized dementia elderly. In this way, it was verified that the influence that the dynamization of a diversified group of activities of sociocultural animation that respects the personal tastes of the participants, has for its well-being.

This study is an action research with a sample of ten participants to whom three data collection instruments were applied, including WHOQOL-bref Scale, Life Satisfaction Scale, Mini-Mental State Exam (MMSE).

We conclude that Sociocultural Animation is a modality of intervention in all fields of the life of the elderly, being a permanent stimulus for the mental, physical and affective capacities. It acts as a facilitator of access to a more active and creative life, improves communication relations with others, develops personal autonomy. The results reveal that the elderly that the majority of the participants is in the level of satisfaction with the life "not satisfied", regarding the quality of life most say "Not Good / Not Bad

Keywords: Elderly, Aging, Well-being, Dementia, Sociocultural Animation

Índice Geral

Índice de Tabelas.....	9
Introdução.....	10
Parte I.....	12
1. Enquadramento Teórico.....	12
1. ENVELHECIMENTO.....	12
1.1 Envelhecimento Demográfico.....	12
1.2 Processo de Envelhecimento.....	15
1.3 Envelhecimento bem-sucedido	18
2. SAÚDE MENTAL NO ENVELHECIMENTO	21
2.1 Conceito de Saúde Mental.....	21
2.2 Saúde Mental e Envelhecimento.....	22
2.3 Demência.....	25
3. QUALIDADE DE VIDA.....	28
3.1 Qualidade de vida e Envelhecimento.....	28
3.2 Qualidade de Vida e Saúde.....	30
3.3 Qualidade de vida e envelhecimento ativo.....	32
3.4 Satisfação com a vida.....	34
4. Processo de Institucionalização.....	35
5. Animação Sociocultural.....	40
5.1 Contributos da Animação Socio Cultural para o Envelhecimento;...	40
5.2 Papel do Animador Sociocultural.....	42
Parte II.....	44
Estudo Empírico.....	44
6. Metodologia.....	44
7. Desenho da Investigação.....	45
8. Participantes.....	45
9. Instrumentos de avaliação	46
9.1 Entrevista Satisfação com a vida e lazer.....	47

9.2 Mini-Mental State Exam (MMSE)	48
9.3 Escala WHOQOL-Bref	50
9.4 Escala de Satisfação com a vida	51
10. Procedimentos	52
11. Tratamento dos dados	53
12. Análise de dados	54
13. Caracterização dos participantes	54
13.2 Satisfação com a vida e lazer	56
13.3 Escala de Satisfação com a vida (SWLS)	61
13.4 Escala da qualidade de vida (WHOQOL-BREF)	63
13.5 Exame Breve do Estado Mental (MMSE)	68
14. Discussão dos resultados	72
Parte III	76
Projeto de Intervenção	76
11. Projeto “Viver Ativamente na demência”	76
11.1 Fundamentação do Projeto	76
11.2 Objetivos	78
11.3 Público-alvo	79
11.4 Recursos	79
11.5 Planificação das atividades	80
Conclusão	81
Referências Bibliográficas	85
Anexos	93

Índice de Tabelas

Tabela 1- Pontuação limiar diagnostic do MMSE.....	49
Tabela 2- Valores de “Corte” MMSE.....	50
Tabela 3- Caracterização dos participantes.....	54
Tabela 4 - Satisfação com a vida.....	56
Tabela 5- Atividades de lazer antes e depois da institucionalização.....	59
Tabela 6- Escala SWLS (valor médio, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo)....	61
Tabela 7-Nível de Satisfação com a vida percecionado pelos participantes.....	62
Tabela 8- Resultados descritivos relativos aos itens 1 e 2 do questionário WHOQOL-Bref.....	63
Tabela 9- Resultados descritivos (valores médios, desvio padrão, valor mínimo e máximo) dos domínios e total do Questionário da Qualidade de vida WHOQOL-Bref....	64
Tabela 10-Resultados descritivos (valor médio, desvio padrão, valor mínimo, e máximo) dos itens.....	65
Tabela 11- Resultados dos dominios para a amostra indepententes género feminino.....	67
Tabela 12-Resultados dos dominios para a amostra independente género masculino.....	67
Tabela 13-Item da Orientação do MMSE.....	68
Tabela 14-Item da Retenção do MMSE.....	68
Tabela 15- Item da Atenção e Cálculo do MMSE...	69
Tabela 16-Item da Evocação do MMSE.....	69
Tabela 17- Item da Linguagem do MMSE.....	70
Tabela 18-Item da Habilidade Construtiva do MMSE...	70
Tabela 19- Desempenho global no MMSE.....	71

Introdução

O aumento da longevidade e o envelhecimento populacional são de fato múltiplos desafios que hoje se colocam aos indivíduos, às comunidades e à sociedade em geral, no sentido de encontrarmos respostas através da formulação de políticas sociais abrangentes, que venham ao encontro deste fenómeno com uma prioridade incontornável, pois o elevado número de idosos tende a crescer. Desta forma, existe cada vez mais a necessidade de aprofundar os estudos sobre o envelhecimento e aquilo que este acarreta, especificamente em idosos que estão institucionalizados.

Sabendo que a tendência para o crescente aumento demográfico da terceira idade, é um dos problemas sociais com que a sociedade portuguesa se depara atualmente, existe uma preocupação com o bem-estar destes. A problemática do envelhecimento ter vindo a assumir, nos últimos anos, uma crescente importância na consciência coletiva da população, tornando-se cada vez mais importante compreender a população idosa e a sua realidade de modo a melhorar a sua Qualidade de Vida, tendo em conta que o envelhecimento tem-se revelado como um processo heterogéneo, que sofre influência de diversas determinantes, entre as quais se encontram determinantes internas (património genéticos) e as determinantes externas, tais como a educação, os estilos de vida e o meio ambiente no qual o idoso está inserido, ou seja, podemos ver o envelhecimento como uma experiência subjetiva, pois encontra-se relacionada com as crenças e as vivências de cada indivíduo e com as práticas destes, associadas à velhice. Com tudo o que advém com o envelhecimento, grande parte da população acaba por entrar num estado de inatividade, sentindo-se muitas vezes inútil e menosprezado/a pela sociedade.

O papel da animação sociocultural como modo de intervenção face à problemática do envelhecimento demográfico e aquilo que este acarreta, é uma área chave, uma vez que as técnicas que são utilizadas conseguem atrair os idosos para as atividades desenvolvidas, ocupando os seus tempos livres corretamente. Os idosos que possuem demência devem desenvolver novos hábitos e novos interesses, cada idoso é diferente e as atividades são moldadas a cada pessoa, de forma a promover o sucesso e a motivação. Sendo um estímulo permanente para as capacidades mentais, físicas e afetivas. Atuando de forma facilitadora a uma vida mais ativa e criativa, melhorando as

relações de comunicação com os outros, e a sua autonomia pessoal, derivado a sua intervenção ser individual ou grupal. Sabendo que a esperança de vida é maior, devem de existir condições e oportunidades de experimentar esta fase que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado idoso o indivíduo que tem mais de 60 anos isto para países em desenvolvimento e mais de 65 anos para os países desenvolvidos, não é por a pessoa estar na idade da “reforma” que já não deve ser ativa. Deverá manter os seus hábitos e criar novos hábitos, sem associar a velhice com a exclusão social ou perda de direitos.

O objetivo deste projeto de intervenção foca-se essencialmente na perceção do impacto que a atividade de animação sociocultural tem em idosos institucionalizados com demência. Neste sentido, este trabalho parte da seguinte questão de partida “De que forma a Animação Sociocultural contribui para o bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados com demência?”. Desta forma, o presente projeto de intervenção tem como temática “Viver ativamente na Demência em contexto institucional”.

A população alvo deste projeto de intervenção serão idosos que estejam em contexto ERPI (Estrutura Residencial para Idosos). A instituição fica localizada no Alentejo Central e conta atualmente com 140 utentes numa resposta de ERPI e com 24 utentes noutra resposta de ERPI.

A investigação será estruturada em três partes: O enquadramento teórico, a metodologia, a apresentação e a análise dos resultados. No enquadramento teórico será efetuado uma breve revisão sobre o Envelhecimento, Velhice/Idoso, Institucionalização, Demências e o papel da Animação Sociocultural. A parte metodológica é composta pela descrição das atividades realizadas de Animação Sociocultural e com os objetivos de estudo, bem como pela Metodologia utilizada para a Recolha de dados. A apresentação e análise dos resultados são constituídas pela caracterização e análise dos intervenientes do projeto, bem como pela Análise das Escalas de Avaliação utilizadas (Mini-Mental State Examination, Escala de Satisfação de vida, Escala WHOQOL-BREF).

Por fim, será apresentada a discussão e a reflexão dos resultados, sob o impacto que as atividades desenvolvidas têm no idoso com demência e a conclusão do referido projeto. Face aos resultados obtidos será apresentado uma proposta de um Projeto de Intervenção “Viver ativamente na Demência em contexto institucional”.

Parte I

Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento

1.1 Envelhecimento demográfico

A longevidade da população tem aumentado significativamente, erguendo questões políticas e sociais. A principal preocupação da sociedade face aos idosos é a rápida transição demográfica, caracterizada pelo aumento progressivo e acentuado desta população. São propensões pesadas com implicações estruturantes, com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. Esta evolução demográfica caracteriza-se por um gradual aumento dos grupos etários seniores e uma redução da população jovem. Este é um problema com que a sociedade se tem vindo a deparar cada vez mais, devido a longevidade que este grupo-etário apresenta.

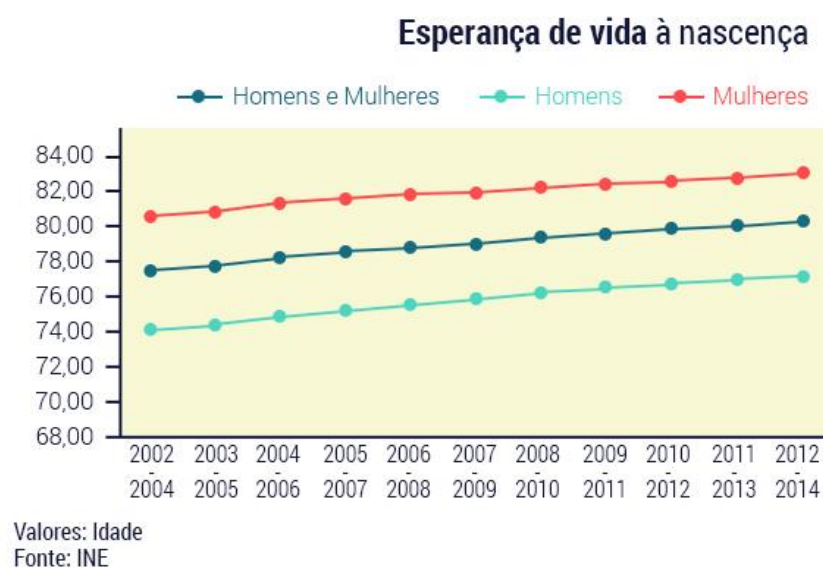
Segundo, Barreto (2005), a longevidade do ser humano deve-se a fatores genéticos. Existem padrões de longevidade específicos para cada espécie animal. Assim, a longevidade de uma determinada espécie estaria predefinida por mecanismos genéticos e seriam as circunstâncias ambientais ou patológicas acumuladas durante a vida de cada um as que a limitariam, em maior ou menor medida, essa programação genética.

O número médio de anos que se tem possibilidade de viver a partir do nascimento denomina-se esperança de vida. Através dos progressos que a medicina tem vindo a ter, a esperança de vida tem aumentado e criando hipóteses de uma melhor qualidade de vida para os idosos. Portugal tem vindo a caracterizar-se, por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa, e uma das principais consequências desta transformação dá-se a nível do sector da saúde, uma vez que foram os avanços da medicina que permitiram o aumento desta esperança de vida, que está normalmente associada de um modo geral as condições de adaptação do ser humano. A Esperança de vida nos idosos deve-se relacionar com a Qualidade de Vida, as variáveis individuais e sociodemográficas, nomeadamente a idade, o género, o estado de saúde entre outros,

bem como o contexto em que estes se encontram inseridos. Se existe uma maior qualidade de vida, o número acrescido de idosos poderá viver a sua longevidade de forma saudável. (OMS, 2015).

Segundo os indicadores de desenvolvimento do INE, reportando-se a dados até 2011, a esperança de vida em Portugal, encontra-se distintamente acima dos 79 anos. (Gráfico nº1).

Gráfico nº1- Esperança de vida à nascença- Portugal (fonte INE 2014)



Analisando assim, demograficamente podemos referir que se a natalidade continuar baixa e existir uma maior esperança de vida, futuramente teremos uma pirâmide de idades, esta que nos permite analisar a distribuição da população por idade e sexo, envelhecida ou seja esta terá uma base muito estreita, em virtude dos baixos índices de natalidade e um topo alargado, em função da baixa mortalidade e da baixa natalidade. O envelhecimento demográfico é um processo que não passa despercebido à sociedade. Os idosos estão a tornar-se em Portugal, e também na Europa, uma população cada vez maior.

Sendo os idosos em estudo pertencentes a uma localidade que se situa no Alentejo, verifiquei assim através de dados do INE (2008), que das regiões mais envelhecidas

onde havia 171 idosos por cada cem jovens, era o Alentejo, o que de fato se torna mais um fator impulsionador para dar continuidade a minha investigação.

Neste sentido, sendo o envelhecimento populacional uma reivindicação natural de todas as sociedades e estando a sociedade em processo evolutivo no que diz respeito a estratégias para prolongar a vida humana, é assim de extrema relevância proporcionar condições adequadas aos idosos pertencentes a nossa sociedade, conseguindo que estes se sintam ativos e uteis no meio em que estão inseridos.

Podemos assim concluir que o aumento da população idosa é uma ocorrência com efeitos acentuados na nossa sociedade, com tendência a propagar-se, sendo cada vez mais notório e com grande impacto, quer a nível social, quer económico. Desta forma, será necessário a implementação de estratégias que promovam a qualidade de vida desta população? Contudo, podemos aferir que se continuar a existir um crescente número de idosos o estado torna-se insustentável pois, o número de pessoas ativas que podem contribuir é mais reduzido e o número de pessoas a quem se tem que dar pensões é mais elevado.

1.2 Processo de envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com a sua própria história.

O relacionamento do idoso com o mundo caracteriza-se pelas dificuldades adaptativas, tanto emocionais quanto fisiológicas; a sua performance ocupacional e social, o pragmatismo, a dificuldade para aceitação do novo, as alterações na escala de valores e a disposição geral para o relacionamento objetal. No relacionamento com a sua história, o idoso pode atribuir novos significados a factos antigos e os tons mais maduros da sua afetividade passam a colorir a existência com novas matrizes; alegres ou tristes, culposas ou de mérito, frustrantes ou gratificantes, satisfatórias ou sofríveis. Por tudo isso, a dinâmica psíquica do idoso é exuberante, rica e complicada. (Ballone, G.J, (2000).

O indivíduo considerado idoso varia de sociedade para sociedade, segundo a Organização Mundial de Saúde (2005) é considerado idoso o indivíduo que tem mais de 60 anos isto para países em desenvolvimento e mais de 65 anos para os países desenvolvidos. O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial.

Segundo, Tavares et al (2012), o envelhecimento não começa aos 60 anos mas sim desde que nascemos, a partir desse momento, estamos a envelhecer. O envelhecimento é reconhecido como um problema para a maioria das pessoas, pois estas ainda não estão preparadas para as modificações que ocorrem nesta fase tais como as perdas. Ocorrem transformações físicas, próprias de organismos que envelhecem, e transformações sociais que em função das perdas e limitações que advém com a velhice. Mesmo considerando que envelhecer não significa necessariamente adoecer, é notório que certas doenças são mais frequentes em idosos. Estas doenças podem acarretar uma incapacidade parcial ou total do indivíduo idoso, gerando consequências para a família

deste, e causando uma maior vulnerabilidade reduzindo a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa. O envelhecimento é uma verdade inegável que não se pode fugir, são “leis” impostas pela natureza.

Segundo, Rocha de Carvalho et al (2009) o processo de envelhecimento acarreta um conjunto de problemas de saúde físicos e mentais, provocados por doenças crônicas e quedas.

Segundo, Barreto J. (2005), a biologia do envelhecimento é considerada como um conjunto de modificações que decorrem com o avanço da idade, é um processo inverso do desenvolvimento onde ocorre o crescimento do ser vivo, e as características genéticas que cada indivíduo possui, segundo o autor quando se atinge um máximo nesse desenvolvimento, as aptidões e as capacidades quer físicas quer mentais começam a ser reduzidas.

A perda de capacidades e aptidões podem verificar-se, também noutras fases da vida, por causas anormais como acidentes e doenças específicas. Desta forma segundo Barreto J. (2005), existem duas fases do envelhecimento:

- **Envelhecimento primário** caracterizado como um processo normal, semelhante em todos os indivíduos que o atingem, associado a dependência de fatores genéticos.
- **Envelhecimento secundário** que será o resultado de ações de varias causas e irá variar de individuo para individuo imprevisivelmente.

Barreto J. (2005), explica o envelhecimento através de teorias estocásticas, onde o envelhecimento é consequência de uma acumulação de danos a nível biológico. Estes danos podem ser igualmente provocados por fatores ambientais que contribuem para os acidentes e doenças específicas presentes no envelhecimento secundário. O consumo exagerado de gorduras, açúcares, uma alimentação pouca cuidada, o consumo de estupefacientes, como o tabaco e o alcoolismo são as causas do envelhecimento secundário, provocando assim desgaste, porém este não é responsável pelo envelhecimento, são fatores que contribuem para este. É um processo que ocorre de forma aleatória.

Segundo a OMS (2002) após os 70 anos, 30% dos idosos serão portadores de alguma disfunção. Com o avançar da idade parte das capacidades cognitivas declinam, havendo a possibilidade de se instalarem doenças crônicas nos idosos em parte devido à pouca atividade que têm no seu dia-a-dia.

Desta forma, podemos considerar que envelhecer não é ser velho, é ir sendo mais velho dentro de um processo complexo de desenvolvimento entre o nascimento e a morte, desde o momento que nascemos até morrermos estamos a “envelhecer” é algo que é inerente a todos os seres vivos.

Ser mais velho implica nesta perspectiva a passagem do tempo e a quantidade de anos que se vive. Dá assim, para concluir, que o envelhecimento e a velhice não são conceitos sinónimos, uma vez que nem só as pessoas idosas envelhecem.

Contudo, o envelhecimento bem-sucedido significa também boa forma física e mental. Do ponto de vista físico, isso traduz-se pela capacidade de levar uma vida independente, ou seja de não estar a cargo de ninguém para satisfazer as necessidades do dia-a-dia. Tal é, certamente, uma das maiores preocupações dos idosos que, frequentemente, receiam vir a depender de terceiros, como também o fato de terem de abandonar as suas casas para residirem num lar.

Com o envelhecimento ocorre uma série de alterações psicológicas e sociológicas, que emergem nas dificuldades das adaptações a novos papéis sociais, falta de motivações, baixa autoestima, autoimagem baixa, dificuldade de mudanças rápidas, perdas orgânicas e afetivas, suicídios, somatização paranoia, hipocondria, depressão. Contudo, o envelhecimento cognitivo varia de acordo com fatores pessoais da educação, saúde, personalidade, nível intelectual, capacidade mental específica, etc. (Fechine & Trompieri, 2012).

As capacidades verbais como a linguagem não se deterioram com o envelhecimento, mas sim aprimoram em termos de conteúdo, contudo, apresentam uma diminuição no desempenho de tarefas que necessita de iniciativa, controle, planeamento e avaliação, e apresentam também uma diminuição na capacidade intelectual, memória, resolução de problemas e percepção. No entanto nem todos estes fatores atingem o idoso da mesma forma, contudo pode ocorrer um desequilíbrio emocional (Velasco, 2006).

Os idosos que ao longo da vida se propõem a manter-se o mais ativos possível, adquirem benefícios para a saúde em geral, favorecendo o bem-estar e qualidade de vida. O exercício físico contribui igualmente para outras funções como o controle da depressão, a diminuição da ansiedade, reduzindo o declínio cognitivo (Fechine & Trompieri, 2012).

1.3 Envelhecimento bem-sucedido

Importa, antes de mais, referir que os estudos transculturais passíveis de permitirem perceber e explicar as variações de uma velhice bem-sucedida são ainda escassos (Paúl et al.,2001) e ainda se discutem quais os critérios mais adequados a considerar na avaliação desse processo (Sousa & Figueiredo,2003).

Ainda assim, parece ser consensualmente aceite pelos vários autores que um envelhecimento bem-sucedido deve ser preparado ao longo da vida- refira-se a título de exemplo que numa investigação levada a cabo com 69 mulheres (entre os 65 e os 75 anos) Rosa Novo (2002) obteve que os papeis e as funções exercidas no grupo familiar e na esfera profissional, social ou cultural, durante a meia-idade, estão associadas ao bem-estar psicológico vivido na idade adulta avançada, assumindo-se aqui que as pessoas com maiores níveis de bem-estar são também aquelas que ingressaram num processo de envelhecimento bem-sucedido- e está amplamente relacionado com a forma como o individuo se adapta às múltiplas situações extenuantes com que se vai confrontando (sendo a saúde e funcionamento físico, problemas pessoais e de outros familiares), o que requer uma aquisição prévia de atitudes e processos de *coping* - respostas cognitivas e comportamentais para lidar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que são criadas por uma situação de stress (Lazarus & Folkman, 1984)- que lhe permitam continuar autónomo, produtivo e socialmente ativo, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, pelo maior tempo possível (Barros de Oliveira, 2005; Freire, 2000; Lazarus, citado por Fonseca,2005; Sousa & Figueiredo, 2003)

Nesta linha, Fontaine (2000), conclui que a velhice bem sucedida requer a existência de três grandes categorias: reduzida probabilidade de doença [especialmente das que

causam perda de autonomia- uma das dimensões que contribuem para o bem-estar psicológico (Ryff, 1998)]; manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivos e físico ; e manutenção da participação social e do bem-estar subjetivo.

Segundo Baltes e Baltes (1990) no âmbito do Modelo Psicológico de Envelhecimento bem-sucedido, este parte do princípio de que o curso da vida exige alterações regulares em termos de objetivos e do sentido da própria vida, o que implica mudanças sistemáticas na distribuição dos recursos (Baltes, citado por Fonseca, 2005). Para Baltes e Baltes (1990) o envelhecimento bem-sucedido pode ser definido de acordo com um conjunto de indicadores, dos quais: a “longevidade”, a “saúde biológica/física”, a “saúde mental”, a “eficácia cognitiva”, a “competência social e a produtividade”, o “controle pessoal” e a “satisfação com a vida”, no entanto esta classificação torna-se insuficiente, no sentido em que para definir envelhecimento bem-sucedido, para os autores é necessário adotar uma abordagem de processo, começando por distinguir envelhecimento normal, envelhecimento patológico e envelhecimento ótimo.

Os autores do modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido defendem que os conceitos *variabilidade inter-individual e plasticidade intra-individual* são fulcrais na compreensão do ato de envelhecer, na medida em que “enquadram o modo como os organismos se adaptam à mudança e sugerem a existência de múltiplas oportunidades de otimização do desenvolvimento psicológico” (Baltes & Baltes, citados por Fonseca, 2005, pp. 210) e chamam a atenção para o facto do estudo do envelhecimento bem-sucedido requerer uma abordagem sistémica e ecológica (Fonseca, 2005).

Alvo de vários aperfeiçoamentos, quer pelos próprios autores quer por outros investigadores desde que foi proposto pela primeira vez, este modelo assenta em três eixos orientadores: o balanço entre as perdas e os ganhos desenvolvidos o recurso ao modelo SOC (Seleção Otimização- Compensação) como explicação básica do processo adaptativo inerente à capacidade de envelhecer com êxito; e a modificação nas modalidades de regulação da identidade pessoal (Barros de Oliveira, 2005; Fonseca, 2005; Fontaine, 2000).

O primeiro tem inerente a definição mais genérica de envelhecimento bem-sucedido (proposta em 1990), que o concebe como resultado da maximização de acontecimentos positivos e desejáveis e da minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis (Fries, citado por Fonseca, 2005). Todavia, e apesar de em todas as fases da vida se

verificar uma alternância entre ganhos e perdas, à medida que se avança na idade, o número de perdas começa a ser maior, provavelmente, porque se verifica uma maior tendência para o aparecimento de patologias e para uma redução na capacidade de adaptação na velhice (Baltes & Graf. 1997; Baltes et al.,1999)

Ainda assim, uma das possibilidades para explicar que o envelhecimento possa ser bem-sucedido é através do Modelo SOC- seleção-otimização-compensação, o qual defende que as pessoas podem utilizar mecanismos de orquestração das suas próprias vidas, o que lhes permite hipervalorizar os ganhos e subvalorizar as perdas (Baltes *et al.*, 1999)

No âmbito do modelo de envelhecimento bem-sucedido adotado. É clara a existência de processos subjetivos de percepção da self que influenciam o modo como a pessoa idosa procede à regulação da identidade pessoal em função dos acontecimentos de vida, mais ou menos, adversos com que se confronta, o que implica uma (re) definição de estratégias de controlo pessoal, assim como uma (re) formulação de projetos, objetivos e indicadores de bem-estar psicológico. Fala-se, então, não só de uma série de adaptações inerentes á interação entre a pessoa e o meio, mas também de um processo multidimensional que envolve variáveis de natureza individual e social suscetíveis de originar “*possíveis selves*” (Fonseca, 2005)

Ryff (citada por Fonseca, 2005) associa o conceito de “*possíveis selves*” às diferentes percepções que a pessoa tem de si mesma, de acordo com a sua idade. Num estudo que realizou com 308 indivíduos relativamente às dimensões do bem-estar psicológico, obteve que os jovens, os adultos de meia-idade e os idosos têm diferentes visões de si próprios, verificando-se uma diminuição do peso do self ideal nos idosos, o que vê como uma estratégia de otimização para a criação e um sentido positivo durante a velhice, logo contribuindo para um envelhecimento bem-sucedido. Neste sentido, considerando que o número de idosos tende a aumentar, torna-se ainda mais crucial criar oportunidades para as pessoas mais velhas continuarem a ser ativos e promoverem a solidariedade entre gerações, sobretudo tendo estes mais tempos livres com a reforma, é imprescindível existirem iniciativas que os façam sentir úteis, com rotinas e com a aquisição de outros papéis sociais. Integrar os mais velhos em projetos da comunidade e para comunidade é um fator contributivo para o envelhecimento bem-sucedido.

2.1 Conceito de Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é

“...a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” (OMS, 2005:4 cit. OMS, 2001).

Desta forma, a saúde mental é o estado no qual o indivíduo reconhece que as suas capacidades são suficientes para enfrentar as dificuldades diárias podendo ser um membro ativo na sua comunidade.

O conceito de saúde mental teve origem na área da psiquiatria, onde os indivíduos eram considerados ou doentes mentais ou mentalmente saudáveis. Esta posição assentava no pressuposto de que as medidas de doença mental e saúde mental consistiam numa dimensão bipolar única (Keyes, 2005; Keyes & Shapiro, 2004 citado por Monte, 2014:1).

Pode definir-se saúde mental como o equilíbrio psíquico que resulta da interação do indivíduo com o meio envolvente e que lhe permite desenvolver todas as suas potencialidades humanas (Olcese 2001).

Segundo Alves & Rodrigues (2010) o conceito de saúde mental é amplo, na medida em que nem sempre é fácil a sua definição, tal como a identificação daquilo que a determina, no entanto, da mesma forma que o conceito de “saúde” se refere a “um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, também a Saúde Mental se refere a algo mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Para que haja saúde mental é necessário que o indivíduo tenha equilíbrio emocional, que consiga gerir as suas emoções e ações. A

diminuição das capacidades funcionais, o isolamento social, as depressões e as condições neuropsiquiátricas associadas às consequências do envelhecimento são fatores de agravamento das doenças mentais (*Comissão das Comunidades Europeias; 2005*).

2.2 Saúde Mental e Envelhecimento

A velhice está associada a uma fase do ciclo de vida complicada, na qual por vezes surgem distúrbios mentais nos idosos, estes devem-se a diversos fatores muitas vezes ligados a perdas. As perdas significativas das quais os idosos vivenciaram ao longo da sua vida contribuem para um declínio da saúde reduzindo o funcionamento cognitivo. Depois vem a entrada na reforma, o excesso de tempo livre, a viuvez, a solidão, a vulnerabilidade física e psicológica, a perda de autonomia e papéis sociais todos estes fatores contribuem para a diminuição da autoestima e podem fazer com que o idoso se sinta triste, levando a possíveis depressões.

A questão do envelhecimento tem, ao longo dos anos, ganho visibilidade na sociedade devido às características que envolvem a população idosa. Esta ênfase deve-se às transformações demográficas que tornaram a população idosa mais propensa a doenças que podem conduzir a uma incapacidade funcional, sendo esta um desafio para a saúde pública no que respeita às doenças crónicas resultantes deste processo (Gonçalves et. al., 2011, p.32, citando Papalio Netto, 2006 e Ramos, 2003)

Zimmerman refere que aquando do processo de envelhecimento, o ser humano manifesta mudanças psicológicas resultantes da sua dificuldade em adaptar-se aos novos papéis a desempenhar, sendo estas, a falta de motivação, a baixa auto-estima, perdas orgânicas e afetivas, suicídios, paranoias, hipocondria e depressão. (cf. Zimmerman, 2000:25-26)

São exemplos de doença causadora de incapacidade funcional, os transtornos mentais, sendo que estes representam, segundo os dados sobre a “Saúde no Mundo de 2011”, 8% das doenças, afetando mais de 450 milhões de pessoas e representando 12,3% das

causas de doença e incapacidade a nível mundial. (Resende et. al., 2011, p.32, citando Maia et. al., 2004 e Zanetti et. al., 2005)

No caso da população idosa, o transtorno depressivo é aquele que se denota mais, afetando entre 4,8% e 14,6% idosos que vivem integrados numa comunidades, e 22% idosos que vivem institucionalizados. (Resende et. al., 2011, p.32, citando Frank et. al., 2006).

Ao longo dos anos, Portugal desenvolveu um plano de saúde mental de forma a efetivar esta definição ao maior número de pessoas, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 procurou atingir os seguintes objetivos:

- “Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização” (DGS, 2007:17).

Estes objetivos visam criar uma sociedade mais atenta, sensibilizada e tolerante à doença mental, procurando encontrar soluções modernas e adequadas às condições de vida e de saúde dos indivíduos de modo a que ninguém fique prejudicado.

À medida em que o ser humano vai envelhecendo vai sofrendo alterações a nível gradual que conduzem ao declínio físico e mental, contudo é necessário estar-se atento a estas transformações e tentar preservar a Saúde que sucede do avanço da idade, trabalhando no sentido de preservar as suas capacidades intelectuais e para um envelhecimento bem-sucedido.

Segundo Ballone & Moura 2006, a Saúde Mental do idoso pode ser entendida como um equilíbrio resultante da interação da pessoa com a realidade, meio que permite que a pessoa desenvolva as suas potencialidades face às suas necessidades humanas. A principal necessidade para os idosos é vista como “Autonomia Funcional”, que é a capacidade de conseguir desenvolver as suas atividades de vida diária independentemente. (Idem 2006).

Seguindo McAuley & Ruldoph 1995, citando Okuna 1998,

A saúde mental do idoso é influenciada por vários fatores que vão desde a sua funcionalidade às redes sociais a que pertencem. Os fatores podem ser positivos, sendo funções cognitivas, autoestima, afetos positivos e autoeficácia. E por fatores negativos, dos quais, a depressão, ansiedade e emoções relacionadas com o *stress*.

Considerando que a velhice está associada a uma fase complicada do ciclo de vida, na qual por vezes surgem perturbações mentais nos idosos, estes devem-se a diversos fatores muitas vezes ligados a perdas. Sobretudo os estilos de vida, as vivências e as perdas significativas que os idosos foram tendo ao longo da sua vida contribuem para um declínio da saúde reduzindo o funcionamento cognitivo. Depois vem a entrada na reforma, o excesso de tempo livre, a viuvez, a solidão, a vulnerabilidade física e psicológica, a perda de autonomia e papéis sociais todos estes fatores contribuem para a diminuição da autoestima e podem fazer com que o idoso se isole e tenha sentimentos negativos. A forma como o idoso vai enfrentar estas perdas dependerá dos seus recursos internos e da rede social de apoio (Gatto 1996 citado em Resende et al 2011).

Os transtornos mentais mais frequentes nas pessoas idosas são a ansiedade, a doença de Alzheimer, os transtornos psicóticos e a depressão (OMS 2001).

2.3 Demências

Segundo Santana (2005), a demência é considerada como uma síndrome cerebral orgânica crônica (conjunto de sintomas e sinais), caracterizada por um defeito global das funções nervosas superiores, podendo ocorrer em qualquer idade, de causa conhecida ou desconhecida, e podendo ser reversível ou irreversível.

É considerada como uma síndrome cerebral orgânica porque, em todos os casos, tem uma causa testável pelos meios de diagnóstico atualmente disponíveis na prática clínica corrente (Garcia, 1984). A Demência pode ser causada por diferentes patologias que compartilham sintomas em comum, mas são etiolologicamente diferentes.

Pode definir-se demência como uma deterioração global do funcionamento cognitivo (mas também afetivo, físico e do comportamento), resultante da perda de células cerebrais muito rapidamente (A.P.F.A.D.A.,1999), devido a múltiplas e complexas causas, sendo que apesar da etiologia ser diferente, de um modo geral, os sintomas são semelhantes (Barros de Oliveira,2005).

Para o diagnóstico de demência tem de haver diminuição da memória (sintoma precoce proeminente) e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia (deterioração da função da linguagem), apraxia (diminuição da capacidade para executar atividades motoras apesar das capacidades motoras, a função sensorial e a compreensão da tarefa requerida permanecerem intactas), agnosia (deterioração da capacidade para reconhecer ou identificar objetos apesar de manter a função sensorial intacta) ou perturbação da capacidade de execução (inclui capacidade de pensamento

abstrato e de planejar, iniciar, sequenciar, monitorizar e parar um comportamento complexo). Os sintomas devem ser suficientemente graves para causarem diminuição do funcionamento ocupacional ou social e representarem um declínio em relação ao nível anterior de funcionamento (American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, 2002; Fontaine, 2000)

A demência é considerada uma doença de Saúde Mental, diagnosticada através de défices de memória e outros défices cognitivos superiores ao que se poderia esperar num processo de envelhecimento normal (DSM-V,2013). A perturbação da memória, de curta ou longa duração, associada à alteração do raciocínio é uma das suas principais características.

Por exemplo, o Sr. Xavier utente de uma ERPI tem por hábito deslocar-se ao refeitório a qualquer hora do dia. Aparece e diz que quer almoçar. A funcionária do refeitório, repete-lhe vezes sem conta, de que ele já almoçou e que, além disso, não são horas de almoçar. Esta tarde, o Sr. Xavier exaltou-se com a insistência da funcionária e insultou-a.

A análise que podemos fazer desta situação conduz-nos que o utente tem uma atitude incorreta para com a funcionária, é importante não descurar os sinais que o utente apresenta, a ter esta atitude. O facto de apresentar alguma confusão relativa ao tempo parece indicar a necessidade de avaliação e diagnóstico por técnicos que estejam habilitados para isso.

A memória de curta duração reporta-se à recordação dos acontecimentos mais recentes. Já a memória de longa duração foca-se nas lembranças da infância e de anos passados. A capacidade de raciocínio afere-se, nomeadamente, pela possibilidade do individuo calcular, escrever, orientar-se e de integrar todos esses conhecimentos.

Quando o utente não reconhece as pessoas, lugares, ou revela incapacidade em situar no espaço e no tempo, isso pode significar alteração de memória indiciadora de um quadro demencial. Pequenas alterações da memória recente em indivíduos com mais de 65 anos de idade é considerada normal.

A demência está associada a várias doenças, sendo a mais comum a demência de Alzheimer. Mas existem outras como a demência por esclerose múltipla ou por Parkinson.

Vários estudos têm demonstrado que com o avançar da idade não é inevitável a existência de declínio cognitivo, tendo-se mesmo verificado relações multidirecionais entre idade e inteligência, isto é, enquanto algumas funções cognitivas podem diminuir com a idade, outras podem manter-se estáveis ou até mesmo aumentar (Chapel, citado por Marchand, 2005).

Falar do idoso, implica não só refletirmos sobre uma pessoa, que faz parte de uma sociedade e comunidade, mas também percebermos algumas alterações específicas que estão associadas à idade. Como temos vindo a salientar, esta etapa pode e deve ser vivida com felicidade, no entanto não deixa de ser uma fase complicada por diversos fatores: entrada na reforma, viuvez, vulnerabilidade física, problemas familiares (ex: afastamento/abandono dos filhos), solidão, etc. Estes fatores contribuem para a tristeza e infelicidade, levando a depressões e a outros problemas de saúde. Desta forma é necessário ter em conta a história de vida de cada um, a caracterização familiar e social em que o idoso vive, para que se possa atuar precocemente antes que advenha algum tipo de demência. Vejamos o quadro que se segue, que nos mostra três fases de demência, de acordo com a sua evolução. Através de alguns destes sinais poderá ser detetado o início da doença.

Neste sentido, o termo “demência refere-se a uma série de sintomas que são habitualmente observados em pessoas com doença cerebral consequência de perdas de células cerebrais. A perda destas células é um processo natural, mas nas doenças que conduzem à demência isto acontece de uma forma muito mais rápida, e faz com que o cérebro da pessoa deixe de funcionar da maneira habitual. Os sintomas de demência implicam geralmente uma deterioração gradual, lenta e irrecuperável, da capacidade de funcionamento da pessoa. O dano cerebral afeta o funcionamento mental da pessoa (a memória, a atenção, a concentração, a linguagem, o pensamento, etc.), e isto, por sua vez, tem repercussões no comportamento. Mas a demência não se limita só aos tipos degenerativos de demência. Refere-se igualmente a uma síndrome que nem sempre tem o mesmo tipo de evolução. Nalguns casos a condição da pessoa pode melhorar, ou permanecer estável durante algum tempo. (A.P.F.A.D.A.,1999).

3. Qualidade de Vida

A qualidade de vida é um conceito multidimensional, que inclui domínios relacionados com o funcionamento físico, mental, emocional e social, podendo então ser considerada como o resultado de uma combinação de recursos pessoais dos indivíduos, controlo do ambiente em que os mesmos se inserem, bem como valores pessoais e condições de vida atuais (Artacho, Lujano, Sanchez-Vico, Vargas-Sanchez, GonzalezCalvo & Bouzas, 2014, cit in Hernández-Galiot & Goñi, 2017).

Populações em todo o mundo estão a envelhecer rapidamente, e isso tem grandes implicações para os sistemas de saúde – a qualidade de vida assume assim um papel fundamental na vida dos idosos, uma vez que, de um modo geral, toda a gente deseja ter uma vida longa, e o aumento da longevidade é, por sua vez, um reflexo dos progressos feitos no que respeita às condições de vida. Deste modo, é importante que esses anos sejam vividos com qualidade, ou seja, com a presença de uma boa saúde física e mental (Artacho et al., 2014, cit in Hernández-Galiot & Goñi, 2017).

3.1 Qualidade de Vida e Envelhecimento

Segundo Barreto, J. (2005), o envelhecimento vai muito para além das transformações biológicas, há outros fatores que influenciam a qualidade de vida do indivíduo tal como

o seu bem-estar. É também notório a influencia que fatores externos ao individuo tem no bem-estar destes, tal como a continuação de uma vida ativa e o acompanhamento familiar.

O processo de envelhecimento inicia-se a partir de que nascemos, hoje já não é raro chegar-se à velhice, fatores como, o aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa, é uma das principais consequências desta transformação dá-se a nível do setor da saúde, uma vez que foram os avanços da medicina que permitiram o aumento da esperança de vida.

A biologia do envelhecimento, segundo Barreto, J. (2005), é caracterizada como um conjunto de modificações que decorrem com o avanço da idade, é um processo inverso do desenvolvimento onde ocorre o crescimento do ser vivo, e as características genéticas que cada individuo possui, segundo o autor quando se atinge um máximo nesse desenvolvimento, as aptidões e as capacidades quer físicas quer mentais começam a ser reduzidas. Sendo o envelhecimento a última etapa de um processo genético, definido e orientado que é determinante no processo de envelhecimento, embora não se conheçam os mecanismos envolvidos, existem padrões de longevidade específicos para cada espécie animal. Assim, a longevidade de uma determinada espécie estaria predefinida por mecanismos genéticos e seriam as circunstâncias ambientais ou patológicas acumuladas durante a vida de cada um as que a limitariam, em maior ou menor medida, essa programação genética.

Estando o envelhecimento relacionado com um conjunto de fatores externos, pode dizer-se que: capacidade funcional, nível socioeconómico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive, faz parte de um bem-estar pessoal e abrange todos estes aspetos e dá ao individuo uma melhor autoestima, posteriormente uma melhor qualidade de vida nesta fase, que é o processo de envelhecimento. (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

O facto de se ter um estilo de vida ativa, com participação nas atividades educacionais, de cultura e lazer, e certa forma de animação sociocultural executada por técnicas que estimulem a capacidade mental e a memória, tem um impacto positivo no funcionamento cognitivo e é determinante no processo de envelhecimento. Desta forma,

pode dizer-se que as relações sociais favorecem o bem-estar psicológico e social dos idosos.

Neste sentido, podemos verificar que um aspeto intrinsecamente associado à visão de envelhecimento ativo é a qualidade de vida da pessoa idosa. Segundo a OMS (2002) à medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente influenciada pela sua habilidade de manter a autonomia e a independência. A OMS (2002) salienta ainda a amplitude do conceito de qualidade de vida, pois este incorpora de uma forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a relação com as características do contexto onde está inserido.

No sentido em que podemos verificar que o bem-estar dos idosos depende de vários fatores quer externos e internos, este vai sempre depender do grau de satisfação do idoso com as transformações que a idade acarreta ou seja de um processo adaptativo aquilo que o ciclo de vida apresenta, neste caso a fase do envelhecimento.

Segundo (Marques, et al., 2014:83), conhecer a perceção da qualidade de vida os idosos poderá, conforme permitir programar ações preventivas, identificar necessidades e estabelecer prioridades de atuação, efetivando a adequação dos cuidados a prestar aos idosos e por conseguinte melhorar a sua qualidade de vida.

Em suma, o envelhecimento não é um problema, mas um processo do ciclo vital que deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível (DGS, 2004). De acordo com Zimmerman (2000), o processo de envelhecer pressupõe diversas alterações no indivíduo, nomeadamente a nível físico, psíquico e social. Estas alterações têm uma componente natural e gradativa. Ressalva-se que essas transformações gerais, podem se verificar numa idade mais precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau, tendo em conta as características genéticas de qualquer indivíduo e, principalmente com o modo de vida de cada um. O envelhecimento, tem sido descrito ao longo dos anos, como um processo, ou conjunto de processos, inerente a todos os seres vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade, estando assim associado a inúmeras alterações com repercussões na mobilidade, autonomia e saúde desta população de avançada idade. (Paúl e Ribeiro, 2013:72).

3.2 Qualidade de vida e Saúde

A Qualidade de vida é um conceito multidimensional, porém o termo surge também, mais relacionado com aspetos associados à saúde, como doenças ou intervenções médicas. Segundo Patrick & Erickson (1993:1384), qualidade de vida “é o valor atribuído à duração de vida, modificado pelos seus prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por uma doença ou tratamento.”

Apesar de serem conceitos diferentes, Saúde e Qualidade de vida estes estabelecem uma relação de dependência. Smith (1999:59), concluiu após alguns estudos, que ambos são diferentes, alertando que determinados instrumentos que avaliam a percepção do estado de saúde não devem de todo ser usados para avaliar a qualidade de vida. Concluiu ainda, que as várias dimensões da qualidade de vida são: a física, ou seja, a percepção do indivíduo sobre a sua condição física; a psicológica, a percepção do indivíduo sobre a sua condição afetiva e cognitiva; do relacionamento social, ou seja, a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos e papéis sociais adotados ao longo da vida e por fim a do ambiente, que remete para a percepção do indivíduo sobre diversos aspetos relacionados com o ambiente em que vive e está inserido. (Smith (1999:74).

Desta forma, pode-se afirmar que a terminologia “saúde” é carregada de subjetividade, pois reflete a conjuntura econômica, social, cultural e política. Ela é dependente da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, das concepções científicas, religiosas e filosóficas. Como também, a qualidade de vida é um conjunto de ações, uma opção pessoal, voltada para escolhas de bem-estar limitadas pelos padrões de convivência social, é um processo dinâmico que envolve vários fatores, e quando estes estão em harmonia, tem-se a saúde.

Os principais fatores que incidem sobre a qualidade de vida são a qualidade interna do sistema social, na qual os grupos sociais transformam os meios naturais onde se instalam, neles imprimem as suas características culturais; a qualidade ambiental de uma sociedade que revela o estado do ambiente no qual está inserido, bem como influencia na saúde da população; e o acesso aos serviços, bens ético-políticos que permitem compreender o acesso às informações com o objetivo de que as pessoas tornem-se livres e desenvolvam o exercício de uma cidadania ativa.

Segundo HERZLICH (1973) num estudo que realizou, detetou que os inquiridos conceptualizavam a saúde em três dimensões. Como a ausência de doença, uma reserva

a ser construída e da qual se depende em condições de doença e um estado de equilíbrio entre os recursos físicos do indivíduo, o bem-estar mental e as relações sociais. Embora estudos mais recentes apresentem que as concepções leigas da saúde variavam de acordo com a idade, a condição socioeconómica e o género.

O estado de saúde, não é assim determinado apenas por fatores biológicos, é também influenciado por processos sociais, económicos, psicológicos e pelas normas sociais.

3.3 Qualidade de vida e envelhecimento ativo

A Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida da seguinte forma:

“Perceção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente” (OMS, 2002:13).

O envelhecimento deve ser vivido de uma forma ativa (OMS, 2005). Para esta organização há três pilares basilares em que se apoia o envelhecimento ativo: saúde, segurança e participação (OMS, 2005). Mencionando que a Saúde se refere ao bem-estar físico, mental e social. É importante manter os níveis baixos os fatores de risco que interferem no aparecimento das doenças crónicas e no declínio funcional. Por sua vez quando os fatores de proteção são elevados, as pessoas beneficiam de uma melhor qualidade de vida, são capazes de cuidar de si, mantendo-se mais saudáveis. À medida

que vão envelhecendo as pessoas idosas precisam de tratamentos médicos constantes e de serviços assistenciais, por vezes onerosos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, existem três pilares fundamentais em que se apoia o envelhecimento ativo. Em primeiro lugar, temos a saúde que refere ao bem-estar físico, mental e social. Neste sentido é importante referir que se devem manter os níveis baixos os fatores de risco que interferem no aparecimento das doenças crónicas e no declínio funcional. Em segundo lugar o autor refere a segurança, quando existe uma maior segurança e maiores fatores de proteção, o idoso tem uma melhor qualidade de vida.

É importante salientar que a OMS (2005) associa o termo “ativo” não somente à capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, o envelhecimento ativo tem como objetivo “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas” que se encontram neste processo (OMS, 2005:13).

Segundo o SNS (2016), a qualidade de vida é uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

Há outros conceitos relacionados com a qualidade de vida e o envelhecimento ativo, nomeadamente a independência e a autonomia.

Neste sentido, é importante referir que o Serviço Nacional de Saúde, define independência como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem.

“A autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências.” (SNS, 2016).

3.4 Satisfação com a Vida

O conceito de satisfação com a vida, num contexto de adaptação a velhice, depende de indivíduo para indivíduo. A satisfação de vida na terceira idade, depende de diversas variáveis das quais a saúde a mais importante, apesar de estes valorizarem os aspetos sociais, relacionais, familiares, entre outros. É assim o determinante mais importante para o reconhecimento desta variável, o estado físico e psicológico, ou seja, a saúde em geral nos aspetos na conceção de qualidade de vida.

A satisfação com a vida está relacionada com a independência e a função física inalterada, quando estratificada por idade e género. No fundo são aspetos positivos e funcionais do indivíduo que se espera manter na velhice.

Desta forma, podemos aferir que os conceitos de qualidade e satisfação de vida são um complemento, na medida em que dependerão da concretização das necessidades, a longo tempo.

Segundo Brandtstädter e Baltes-Gotz (1990), numa visão mais biológica, numa pesquisa longitudinal, afirmam que, com a idade, a noção de vulnerabilidade a influências externas tende a aumentar. Estas serão provenientes do envelhecimento biológico e não se conseguem controlar. Os autores verificam também, que quanto maior é o controlo pessoal, mais intensos são os sentimentos de satisfação, sendo que o sentido inverso causará a possibilidade de depressão, preocupação e desamparo. Em suma, a saúde biológica é um dos mais fortes marcadores do bem-estar na velhice.

Segundo Novo (2000), o bem-estar é um domínio desenvolvido, no âmbito do desenvolvimento do adulto e da saúde mental e ligado aos aspetos psicossociais, à qualidade e à satisfação com as condições e circunstâncias de vida, medidas de satisfação, qualidade de vida, bem-estar psicológico e bem-estar físico podem ser consideradas contributos para a identificação do envelhecimento. Os marcadores de satisfação com a vida podem ser variados e diferentes, no entanto assentam, globalmente, na saúde e envelhecimento biológico, na experiência de vida, na personalidade, atitudes, emoções, sabedoria, estatuto social, económico e familiar, adaptação e comportamento. Em suma, o conceito de satisfação com a vida é variável e depende de cada pessoa e como esta encara e supera as circunstâncias da vida.

4. Processo de institucionalização

O ingresso do indivíduo idoso numa instituição é uma das principais marcas que advém com o processo de envelhecimento. Assim como o número de pessoas idosas tem vindo progressivamente a aumentar o mesmo também se verifica ao nível da institucionalização (Carvalho, Pinto & Mota, 2007).

Segundo o INE (2001), o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, cerca de 33% dos utentes ligados à segurança social são idosos e 12% encontram-se em lares. Para alguns autores a institucionalização deveria ser o último recurso para o idoso, a família é essencial no processo de cuidados e necessidades (Lobo & Pereira, 2007).

O processo de institucionalização, quer esta seja total (em lar) ou parcial (em centro dia), corresponde sempre a um momento de transição na vida do idoso, implicando, necessariamente, uma adaptação à sua nova condição, da qual resultarão novas redes de relações, novos comportamentos e novas perceções de si mesmo (Schossberg, citado

por Fonseca, 2005; Roncon & Menezes, 1993). São inúmeros os desafios que esta mudança acarreta, sobretudo quando é total, não só porque a saída de casa pode manifestar através de estados depressivos e aumentar a suscetibilidade à doença (Bernardo & Borges, 1996), mas também porque na instituição as rotinas existentes são diferentes daquelas a que a pessoa estava habituada, uma vez que são estabelecidas de acordo com a conveniência da instituição e não de acordo com os seus hábitos e características (Zimerman, 2000), o que conduz a uma perda de individualidade.

O processo de institucionalização tem-se manifestado como uma realidade que é sentida pelos idosos, no sentido em que já não encontram dentro da família e da comunidade a que pertencem, uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais. Podemos entender por institucionalização, um duplo processo, que por um lado é um recurso a serviços sociais de internamento de idosos onde este receberá assistência. E por outro lado, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional. O indivíduo está institucionalizado quando fica quase todo o dia, entregue aos cuidados de uma instituição, que não seja a sua família.

A reação à institucionalização será diferente consoante o termos em que ocorre (se é total ou parcial), as razões que levam à tomada de decisão (que podem ser múltiplas, embora na opção pelo centro de dia ou pelo lar da terceira idade esteja, normalmente, o facto do idoso poder continuar a viver em sua casa) (Sousa et al., 2004) e as circunstâncias que estão na origem dessa situação, ou seja, se ela ocorre por vontade própria do idoso, que teve voz ativa na tomada de decisão o processo de adaptação é facilitado, mas se essa decisão é tomada por terceiros, então, o processo de transição-adaptação será tumultuoso (Roncon & Menezes, 1993)

Segundo Goffman (1974), uma instituição total é aquela que se configura como,

"As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rutura com o exterior, dado que todos os aspetos da vida são regulados por uma única entidade".

Quando o idoso é institucionalizado são vários os processos de adaptação, quer ao novo espaço, quer a integração com o meio, como também a adaptação ao seu novo estilo de vida, que terá que partilhar com pessoas estranhas que a partir deste momento começam

a fazer parte do seu dia-a-dia, são tudo processos complicados de adaptação do idoso ao novo meio, provocando sentimentos de revolta e angústia. Na instituição também há uma série de regras e normas que devem ser cumpridas pelos idosos, estes por vezes poderão sentir-se controlados naquilo que podem ou não fazer.

Na medida em que, a família não tem suporte para assegurar o cuidado permanente do seu familiar idoso e com limitações a diversos níveis a solução são as respostas sociais existentes na comunidade. Na verdade, a estrutura familiar sofreu modificações significativas ao longo dos tempos, a mulher deixou o seu papel de cuidadora da casa entrando no mercado do trabalho, apresentando assim, menos tempo para cuidar do seu familiar idoso doente e em muitos casos em fim de vida. Segundo Barbieri (2016), a responsabilidade no cuidado para crianças, idosos e familiares dependentes, é uma tarefa predominantemente feminina, o que se tornou num problema quando as mulheres entraram no mercado de trabalho. Deste modo, as famílias sentem a incapacidade de cuidar adequadamente dos familiares idosos na sua casa, recorrendo a instituições como uma opção de cuidado aos idosos do seu seio familiar.

Segundo Jacob (2002),

“A ausência quase total de ajudas eficazes destinadas às pessoas que cuidam dos familiares encontra-se no centro dos problemas relativos às famílias dos idosos e é a principal razão pela qual as famílias muitas vezes são obrigadas a recorrer às instituições de apoio aos idosos.”

Com a evolução da sociedade a diferentes níveis, verifica-se que a família que possuía algum tipo de compromisso cumulativo óbvio de ajudar e prestar cuidados aos seus progenitores, hoje deixa de assumir esse mesmo papel. Por um lado é a família que não apresenta capacidades e condições para se ocupar do seu idoso, uma vez que este se apresenta dependente e/ou na presença de uma doença crónica, por viuvez ou perda do companheiro de uma vida, acrescido pela falta de atividade/ocupação, que leva a quadros de solidão, isolamento e de fragilidade da sua própria personalidade. E por outro, os programas do Estado não são suficientes e capazes para dar resposta aos

problemas que se impõem à família, atentando que não existe outra alternativa que não seja o internamento numa instituição para idosos.

Derivado às dificuldades financeiras e emocionais que as famílias têm em função do cuidado dos idosos, existiu um crescente número de instituições privadas a serem criadas no sentido de reafirmar as necessidades desse tipo de cuidado, contudo nesta fase as reformas são mais baixas e a possibilidade de custear um “lar” não é para todos.

Segundo Jacob (2002),

"A institucionalização é a forma mais cara de prestar cuidados de longa duração a pessoas idosas e a pessoas com deficiência. (...) Os custos da institucionalização podem chegar a ser sete vezes superiores aos dos cuidados ao domicílio" (Bach, Intintola e Alba, Holland, 1992, citado por Quintela).

Segundo (Sarti,2001) a institucionalização é uma opção idealizada e inovadora, que permite uma vida social mais vasta, permite abrigar os idosos que estão em vulnerabilidade que não tem capacidade de cuidar de si próprios, tende a existir estigmatização da ideia de que a institucionalização é acompanhada por abandono por parte dos familiares. Existem casos em que os familiares fornecem as instituições endereços e números de telefone errados para não serem incomodados por causa dos idosos, esta é a realidade com que nos deparamos.

O fato da família recorrer a institucionalização advém de um conjunto variado de causas, uma dessas principais causas é a perda de autonomia do indivíduo idoso, incapacitando de realizar as suas atividades diárias, estando dependente de terceiros.

Segundo Barroso (2008), os idosos não estão preparados e existe uma longínqua fase de aceitação por aquilo que a idade acarreta, resistindo assim a ideia de deixar a sua casa, os seus bens, aquilo para que trabalharam uma vida inteira, não assumindo a sua realidade de um declínio físico, mental, incapacitando de desempenhar independentemente as suas atividades do quotidiano, o que faz com que este se perca na sua identidade.

Segundo Chelucci (2002), poderá existir uma perda de identidade social, que se deve a forma como a sociedade está estruturada o que leva os grupos sociais a ficarem marginalizados e que os indivíduos pertencentes a esse grupo a percam. O facto de se chegar a velhice, poderá ser um problema social na medida em que este processo

acarreta o isolamento e a solidão, portanto é imprescindível serem introduzidas práticas e respostas que permitam estimular o idoso, a nível físico, cognitivo e sensorial, de forma a contrariar o que o processo de envelhecimento acarreta.

Os profissionais de saúde ou os cuidadores de idosos tem que ter como requisito principal de modo a efetuar um bom trabalho, sentimentos como o amor, carinho e atenção, são concebidos como uma doação que é inerente ao saber técnico. Esta doação de amor, carinho e atenção é tão importante quanto o tratamento médico, tendo implicações para o cuidado. A ideia de ser uma doação é como se fosse uma suposta ação involuntária e espontânea que evidencia o cuidado como uma relação de poder.

Na relação entre o cuidador e a pessoa que é cuidada, um lado está predisposto para o outro, existe a relação entre dois protagonistas - o prestador de cuidados e a pessoa cuidada - cada um tem um lugar distinto, relação que é marcada por uma assimetria que diz respeito a uma diferença de posições e necessidades, na qual, em princípio, o outro é reconhecido como alguém idêntico. Assim, não pressupõe qualquer hierarquia de poder. O próprio cuidador ao acompanhar e ter um contacto direto com o envelhecimento do outro leva este a ter contacto com o seu próprio envelhecimento. Como é evidente a institucionalização do idoso deve ser o último recurso a ser tomado. Deve-se valorizar a permanência do idoso até ao fim dos seus dias na sua própria casa, envolvido no seio familiar de forma a este ter acesso normalmente a que lhe proporcionarem carinho, afeto e amor de que este realmente carece.

Para uma forma de garantir aos idosos níveis de bem-estar e conforto, apoio à saúde é recorrer à institucionalização, quando a situação económica não permite ter prestadores de cuidado no próprio domicílio. O processo de institucionalização é extenso e complexo, onde são necessários percorrer um a série de fases que por vezes é difícil para o idoso resolver. Quando o idoso deixa o seu lar para ir para uma instituição, o primeiro fator difícil que se depara é a questão da privacidade, integridade, independência e a ligação afetiva entre o passado e o presente. As rotinas alteram-se e modificam o estilo de vida do idoso, contudo podem em alguns casos melhorar e proporcionar satisfação, aumentam os cuidados prestados, melhoram as relações e interações com os outros e com os cuidadores (Amaro, 2013). Desta forma, segundo Amaro (2013), uma boa institucionalização acontece, quando existe estimulação e promoção das capacidades dos idosos, um incentivo para a prática de atividade física e uma adequada estimulação cognitiva pode levar a um aumento da qualidade de vida nos

idosos. Contudo, por vezes garantir a existência de recursos e matérias necessários para o desenvolvimento de ações que garantam a satisfação do idoso é um processo complexo na nossa sociedade.

5. Animação Sociocultural

5.1. Contributos da Animação Socio Cultural para o Envelhecimento

“ O animador é aquele que, sendo possuidor de uma formação adequada, é capaz de elaborar e executar um plano de intervenção, numa comunidade, instituição ou organismo, utilizando técnicas culturais, sociais, educativas, desportivas, recreativas e lúdicas. (Estatuto do Animador Sociocultural, 2010)”

A palavra animação tem o sinonimo de vida, de movimento, de atividade. O ato de dar vida, calor. Animar-se ou distrair-se é uma necessidade fundamental de todos os indivíduos, e aquele ou aquela que se diverte com uma ocupação agradável com a finalidade de se descontrair fisicamente e psicologicamente satisfaz esta necessidade. Também as pessoas de idade têm necessidades, na medida das suas capacidades, de ter atividades recreativas. A animação sociocultural, cujo conceito nasceu na Europa nos

anos 60, pode ser vista como a intervenção que se tem com os indivíduos o que leva a uma melhor qualidade de vida destes. Assume atualmente um papel de extrema importância na vida dos idosos. Está associada a três modalidades fundamentais: animação cultural, animação social e animação educativa.

Tendo o envelhecimento como consequência o declínio de capacidades físicas e intelectuais, este tende a diminuir as capacidades de adaptação do ser humano ao meio envolvente. Neste sentido, a Animação Sociocultural surge como uma resposta à inatividade, à perda da autoestima, à solidão e ao isolamento na vida dos idosos. É considerada como um fator determinante para a ocupação do tempo livre ser ativo nas pessoas idosas, preservando a sua autonomia, promovendo o convívio, passando a ser um suporte de comunicação dentro do qual o aspeto relacional é privilegiado e faz da animação um elemento decisivo na qualidade de vida de uma instituição. (Jacob, 2008).

A ideia que existe das estruturas residências de hoje em dia, do quotidiano dos idosos é a de estar sentado a maior parte do dia em frente a televisão, ou simplesmente sentado, é tão nefasto como permanecer todo o dia deitado, o que na maioria dos casos não acontece, visto existir cada vez uma maior oferta de atividades socioculturais nos lares de idosos. A imobilidade excessiva prejudica as pessoas idosas ou em situação de dependência, repercutindo-se na sua saúde física e psíquica e levando a um estreitamento progressivo dos horizontes e dos interesses. É tratar as pessoas como objetivos inertes e incapazes de interagir com o meio, onde o objetivo será este sentirem-se úteis e “capazes” durante a sua institucionalização. A estrutura residencial deve estimular a participação dos utentes em atividades organizadas inseridas na comunidade, para estes não perderem o contacto externo ao lar e deve ter também iniciativa própria neste contexto. Em contexto lar, é importante que se quebrem barreiras, através da dinamização de atividades de animação sociocultural para que o idoso se sinta ocupado e útil e de alguma forma se sinta autónomo na realização das atividades. Assim, a intervenção do Animador na Terceira Idade inclui, portanto, a prevenção de declínios prematuros, potenciar-lhes a sua qualidade de vida bem como usufruir da mesma, o que pode e deve incluir o contacto com outros públicos, nomeadamente as crianças.

A animação de idosos, em específico, define-se, de uma forma geral, na maneira de atuar em todos os campos do desenvolvimento da qualidade de vida dos mais velhos, um estímulo da vida mental, física e afetiva da pessoa idosa. A animação representa um

conjunto de passos com vista a facilitar o acesso a uma vida mais ativa e mais criadora, à melhoria nas relações e comunicação com os outros, para uma melhor participação na vida da comunidade de que se faz parte, desenvolvendo a personalidade do indivíduo e a sua autonomia. A própria palavra “animação” significa o sentido de dar ânimo, dar vida. Algo que tem uma grande importância nesta faixa etária. Neste sentido, a promoção de atividades que envolvam os seniores é um processo complexo, não é necessário atividades demasiadamente “fantásticas”, mas sim, atividades que sejam planeadas de acordo as potencialidades e necessidades, podendo levar a cabo junto dos idosos de forma clara e profissional.

5.2 Papel do Animador Sociocultural

O papel do animador é um papel complexo dado o público-alvo com o qual o animador trabalha diariamente. Ter a capacidade de elaborar um plano de atividades diversificado que se ajustem aos novos desafios impostos pelos «novos idosos» é um processo rigoroso e de conhecimento extenso com os idosos que trabalhamos. (Nuno Queirós, Animar com sentimentos).

O animador sociocultural é um elemento fundamental e básico na animação sociocultural, na medida e que é este que cria e desenvolver atividades de uma forma lúdica e recreativa, contribuindo para o desenvolvimento cultural, social e pessoal dos grupos. Contudo, ao proporcionar o desenvolvimento, tem que estar atento porque ele é o elemento mediador, educador e dinamizador das componentes de relacionamento

social e afetivo. Cabe também ao animador ser um agente social na tentativa de combater os problemas sociais e pessoais e melhorar a qualidade de vida dos próprios indivíduos.

As atividades desenvolvidas abrangem uma grande amplitude de ações e podem ser divididas em sete partes, cruzando-se umas com as outras, tais como:

- Animação Motora;
- Animação Cognitiva;
- Animação através da expressão plástica;
- Animação através da comunicação;
- Animação associada ao desenvolvimento pessoal e social;
- Animação Lúdica;
- Animação Comunitária.

Como Técnica de Animação Sociocultural o papel que tenho desenvolvido foca-se sobretudo nos sentimentos, sermos como profissionais aquilo que somos na nossa vida pessoal, na minha opinião penso que seja o fio condutor para uma relação de abertura e de extrema confiança com os idosos, o fato de eles se sentirem tão ou mais capazes do que nós, é uma mais-valia para o trabalho que vai ser desenvolvido. Os sentimentos, as emoções deverão estar sempre presentes, para que o trabalho seja concretizado de forma positiva.

O essencial será levar a animação sociocultural a um nível de importância, em que aos olhos dos idosos e mesmo da sociedade, a animação seja importante e crucial na promoção de um envelhecimento ativo, face às adversidades que a velhice provoca. Para além disso, o animador deverá estar munido de um conjunto de sentimentos positivos para transmitir aos idosos com quem trabalha, de forma a diminuir os impactos sentidos pelo processo de envelhecimento.

O animador é uma constante variável na medida que está sempre dependente de factores externos, como o grupo-alvo que irá trabalhar, o meio onde esse grupo está entre outros fatores. São estes indivíduos que descriminam o perfil do animador e o trabalho de animação a ser desenvolvido.

Em contexto lar, um animador sociocultural para além de contribuir para um envelhecimento ativo, através da dinamização de atividades que estimulem o utente, deve ter também ter em conta os seguintes aspetos:

- Ser Dialogante: clareza nos propósitos;
- Interativo;
- Flexível: Adaptar-se a qualquer situação;
- Mediador: Deve ter a capacidade de intervir; antecipar, tomar iniciativa, improvisar, inventar, evoluir;
- Negociador: Empatia relacional;
- Líder Democrático: nos grupos ou comunidades
- Interventor social e cultural
- Inter-relação entre saber, saber - ser e saber-estar;
- Dinâmico: Sempre em movimento e com variedade nas intervenções;
- Sociável, Responsável, Cumpridor e Empenhado;
- Formação ao longo da vida;
- Saber trabalhar em equipa;
- Crente e motivado: Trabalhar em projetos que acredita;

Parte 2- Estudo Empírico

6. Metodologia

A investigação científica tem origem numa interrogação a ser respondida ou num problema imposto pelo investigador a ser resolvido. Numa situação que seja considerada problemática. Através da interrogação feita inicialmente, trabalhou-se no sentido de encontrar soluções para resolver o problema levantado inicialmente.

A metodologia utilizada é uma das questões fundamentais para a realização de um estudo de investigação. A escolha das opções metodológicas tem que se adaptar ao estudo pretendido, tem que ser as mais adequadas para se conseguir os objetivos inicialmente delineados.

Definir uma problemática e estabelecer os objetivos são os passos essenciais para a concretização de um trabalho de investigação. Como também, para a elaboração de um estudo de investigação, será necessário construir um plano de como irão decorrer todas as atividades definidas, que são imprescindíveis de se desenvolverem durante o processo de recolha de dados.

A definição do tipo de estudo na elaboração de qualquer trabalho de investigação é muito importante pois irá permitir que exista uma linha de orientação para a recolha dos dados.

Para a realização da investigação sobre a *Promoção de animação sociocultural em idosos institucionalizados com demência*, a metodologia utilizada foi quantitativa-qualitativa através de um estudo piloto, de carácter exploratório transversal e que teve como base a investigação-ação, onde num primeiro momento foram aplicados os instrumentos de avaliação ao grupo-alvo, de forma a identificar as suas potencialidades e necessidades. Podendo assim, propor um projeto de intervenção adequado aos resultados obtidos. (Precioso et al.,2010).

A investigação – ação, tal como o próprio nome indica, é uma metodologia que tem duplo objetivo: investigar, no sentido de aumentar a compreensão por parte do investigador e agir, para obter a mudança, o objetivo desta metodologia passa por uma ação_transformadora da realidade e por uma reflexão sobre essa mesma ação. Esta metodologia tem como grande objetivo melhorar as práticas através da mudança e, por conseguinte, aprender com as consequências dessas mudanças (Coutinho et al., 2009).

Em suma, esta metodologia_é caracterizada pela prática interventiva (aspeto bastante positivo), pois permite a participação efetiva de todos os implicados para a investigação. Neste tipo de metodologia, o primeiro passo passa por identificar e formular o problema de forma objetiva, o segundo passo passa por construir um plano de ação, no terceiro passo põe-se em prática o plano e observa-se como funciona e, por último, faz-se uma reflexão, interpretação e integração dos resultados e se necessário uma replanificação (LaTorre, 2003).

6.1 Desenho da investigação

O desenho de investigação é um plano lógico que é criado de forma a obter respostas às questões de investigação colocadas. O objetivo do desenho de investigação é controlar as potenciais fontes de enviesamento. O presente estudo parte da seguinte questão de investigação *“De que forma a Animação Sociocultural contribui para a qualidade e satisfação de vida dos idosos institucionalizados com demência?”* Assim o presente estudo tem como objetivos: conhecer as características sócio demográficas, compreender os significados que os idosos atribuem à qualidade de vida, promover a autoestima do idoso e identificar a influência que as atividades de animação sociocultural tem na prevenção de estados demenciais.

6.2 Participantes

Os participantes são dez pessoas idosas, cinco homens e cinco mulheres institucionalizadas diagnosticados clinicamente com demência leve/moderada, sendo que, cinco foram diagnosticados com Alzheimer. Os participantes estão inseridos numa instituição em média 4,1 anos, por falta de suporte familiar.

A instituição referida encontra-se situada na região do Alentejo e sub-região do Alentejo Central. Fundada a 7 de dezembro de 1499, foi uma das primeiras Misericórdias de Portugal. Trata-se de uma IPSS que há 515 anos desenvolve um apoio social, incluindo o apoio a idosos, crianças e doentes. Conta atualmente com várias estruturas de apoio, nomeadamente um hospital, uma creche, dois lares de 3ª idade, um serviço de apoio domiciliário, uma cantina social, uma farmácia e uma Igreja. A Estrutura Residencial para idosos onde foi realizado o estudo, conta com uma população de 140 utentes. O tipo de amostra da presente investigação é não-probabilística.

Segundo Carmo e Ferreira (1998) amostras não probabilísticas podem ser selecionadas tendo como base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra.

A escolha de este tipo de amostra deve-se ao fato de a população-alvo ir de encontro aos objetivos definidos e possuir em as características necessárias para a realização da investigação. Neste sentido, o estudo integrará um total de 10 utentes que apresentem uma sintomatologia consistente com quadro demencial. No que diz respeito aos critérios estabelecidos para o estudo, pretende-se entrevistar cinco mulheres e cinco homens.

6.4 Instrumento de Recolha de dados

O objetivo da recolha de dados foi avaliar a influencia que as atividades de animação sociocultural tem na qualidade de vida de idosos institucionalizados com demência, aplicando os instrumentos de recolha de dados em momentos diferentes, permitindo que se efetue o cruzamento dos dados, na avaliação realizada antes da aplicação das atividades de animação e depois das atividades de animação, podendo assim construir um pensamento analítico que irá de encontro a problemática colocada inicialmente.

Na escolha dos métodos utilizados para a investigação é imprescindível definir os instrumentos de colheita de dados que possibilitam recolher a informação necessária junto da população-alvo. Neste estudo optamos por utilizar os seguintes instrumentos de avaliação selecionados (Questionário Sócio Demográfico; MMSE; Escala de Satisfação de Vida; Escala WHOQOL-BREF), de forma a perceber o impacto que as atividades desenvolvidas durante a intervenção tiveram na população em estudo.

6.4.1 Entrevista Satisfação com a vida e lazer

Relativamente ao instrumento de recolha de dados, de modo a permitir a obtenção de respostas diretas e informações mais completas, foi realizada uma entrevista semi-diretiva, dado que esta não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas (Quivy & Campenhoudt, 2003). Segundo Quivy & Campenhoudt, na entrevista o investigador dispõe de perguntas-guia, abertas para as quais se pretende obter informação por parte do entrevistado.

A aplicação desta técnica exigiu a realização prévia da mesma – **Anexo II**. Foram aplicados dez inquéritos por entrevistas à população-alvo permitiram em primeiro lugar, recolher informações e dados sociodemográficos, conhecer a trajetória pessoal de cada

idoso, ou seja, caracterizar os idosos relativamente as suas habilitações literárias, profissão que exerceu. Em segundo lugar, serviu para fazer o levantamento das atividades de lazer, onde é questionado o que costuma fazer no tempo livre e o que fazia também na ocupação do seu tempo livre, antes de ser institucionalizado. É questionado também as atividades que o idoso tem preferência em desenvolver. Na última dimensão do questionário, será questionado os contributos que satisfaçam o idoso referentes á vida. Através do Questionário será possível um contato mais direto e informações mais completas sobre o tema em estudo.

Em suma o questionário forneceu-me aspetos que foram cruciais para a conceção das atividades do projeto, para que este vá de encontro aos interesses e necessidades da população alvo desta investigação.

6.4.2 Mini-Mental State Exam (MMSE)

O Mini- Mental State Examination (estado mental em idosos), permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais.

Os testes cognitivos são influenciados pela linguagem, pela cultura, e pela educação formal; para além disto, a época – período temporal em que as pessoas se inserem – também parece ter um impacto significativo na cognição, que não é tão bem compreendido (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2010).

Nas crianças existe uma melhoria secular da habilidade cognitiva de um modo geral, que é medida pelos testes de QI, o que requer uma adaptação e renovação constantes dos seus valores normativos (Flynn, 1984; Flynn & Weiss, 2007, cit in Morgado et al., 2010). Se se assumir que isto é um processo de longa duração, os seus efeitos deveriam persistir até a vida adulta. Pode então esperar-se que sujeitos idosos contemporâneos realizem tarefas cognitivas melhor que os seus antecessores, e que tenham, eventualmente, uma reserva cognitiva melhor, que lhes permita lidar também melhor com os infortúnios das lesões cerebrais (Morgado et al., 2010).

O MMSE surge assim como uma medida da performance cognitiva dos idosos, que tem em conta os contextos, e suas mudanças, dos indivíduos quando elabora os resultados dos mesmos (Morgado et al., 2010); contextos em mudança tais como: a emergência de tecnologia sofisticada; o maior acesso a grandes quantidades de informação; a melhoria da saúde de um modo geral, nomeadamente ao nível da prevenção de AVCs (Viana-Baptista, Bugalho, Jordão et al., 2008; Benisty, Gouw, Porcher et al., 2009; Kearney-Schwartz, Rossignol, Bracard et al., 2009; Hachinski, 2008, cit in Morgado et al., 2010); um maior acesso a uma educação formal, entre outros (Morgado et al., 2010).

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al. (1975), é um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006). O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e visoespaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (Chaves, 2009). Excepto os itens de linguagem e coordenação motora, o conteúdo do MEEM foi derivado de instrumentos que já existiam. Foi denominado “mini” porque concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais que são detectadas, por exemplo, pela Escala de Demência de Blessed. Inclui onze itens, divididos em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e

atenção; a segunda, leitura e escrita cobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber um score imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. Em termos de validade de conteúdo, o MMS avalia oito de 11 principais aspectos do estado cognitivo, omitindo abstracção, julgamento e expressão. Embora análises factoriais tenham usado diferentes tipos de amostras e versões do MMS, facilmente identificam factores relacionados com a orientação, memória e atenção (Chaves, 2009). De acordo com Sequeira (2007) o MEEM foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994). Outros estudos para a população Portuguesa podem ser consultados em: MMSE adaptação portuguesa. Laboratório de estudos do centro Egas Moniz, Hospital de Santa Maria, Lisboa, 1993. Pontuação O score pode variar de 0 a 30. As pontuações de limiar diagnóstico para defeito cognitivo. Em função do nível de escolaridade obtidos no processo de validação para Português (Portugal) são (Nunes, 2005):

Tabela 1: Pontuação de limiar diagnóstico MMSE

MMSE: Pontuações de limiar diagnóstico	
Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	22
1-11 anos	24
Mais que 11 anos	27

Morgado et al. (2009) propõem os seguintes valores operacionais de “corte” do MMSE para a população portuguesa atual:

Tabela 2: Valores de “corte” do MMSE

MMSE: Pontuações de limiar diagnóstico	
<u>Escolaridade</u>	<u>Pontuação</u>
<u>0 - 2 anos</u>	<u>22</u>
<u>3-6 anos</u>	<u>24</u>
<u>Igual ou superior a 7 anos</u>	<u>27</u>

6.4.3 Escala WHOQOL-BREF

O instrumento Whoqol-Bref é um instrumento abreviado do instrumento Whoqol-100, concebido pelo grupo da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde de forma a ficar validade para a população portuguesa por Canavarro et al. (2007). O questionário WHOQOL-BREF é constituído por 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert de 5 pontos, articuladas por dimensões positivas e negativas (quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 itens que representam 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O domínio físico (domínio 1) engloba as seguintes questões: 3. Dor e desconforto, 4. Energia e fadiga, 10. Sono e repouso, 15. Mobilidade, 16. Atividades da vida quotidiana, 17. Dependência de medicação ou de tratamentos, e 18. Capacidade de trabalho. O domínio psicológico (domínio 2) engloba as seguintes questões: 5. Sentimentos positivos, 6. Pensar, aprender, memória e concentração, 7. Auto-estima, 11. Imagem corporal e aparência, 19. Sentimentos negativos, e 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais. O domínio das relações sociais (domínio 3) engloba apenas as seguintes questões: 20. Relações pessoais, 21. Suporte (Apoio) social, e 22. Atividade sexual. Por fim o domínio do meio ambiente (domínio 4) engloba as seguintes questões: 8. Segurança física e proteção, 9. Ambiente no lar, 12. Recursos financeiros, 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer, 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima), e 25. Transporte (Canavarro, et al., 2007).

6.4.4 Escala de Satisfação com a vida (SLWS)

A escala de satisfação com a vida foi elaborada por Diener, Emmons, Larsen e Grifflins (1985) que tem como objetivo avaliar o grau de satisfação do indivíduo em relação à sua própria vida. As questões do SLWS são de cariz global, levando a que os inquiridos analisem os domínios das suas vidas a partir dos seus próprios valores e permitindo um julgamento global sobre a satisfação com a própria vida (Pavot & Diener, 1993). A SWLS foi traduzida e validada, pela primeira vez, em Portugal, por Neto, Barros, e Barros, em 1990, devido a um estudo com professores. Um dos objetivos do estudo

seria verificar se existiam diferenças em relação à satisfação com a vida segundo o sexo, o tempo de serviço e o nível de ensino dos professores (Neto, Barros & Barros, 1990). Relativamente à estrutura, a SWLS é constituída por 5 afirmações, cujas respostas para cada item são dadas através de uma escala de tipo Likert de 7 pontos, variando entre 1 (“Não concordo totalmente”) e 7 (“Concordo totalmente”), sendo que o 4 corresponde a uma posição intermédia (“Neutro, não concordo, nem discordo”). A pontuação total oscila entre 5 (baixa satisfação com a vida) e 35 (alta satisfação com a vida), ou seja, quanto maior for o resultado final melhor será a satisfação com a vida.

7. Procedimentos

Após a elaboração do estado de arte, onde foram seleccionadas as obras/documentos de maior importância e consideradas relevantes para dar lugar ao enquadramento teórico. Seguidamente, contatei com a administração da instituição no sentido de informar e ter o consentimento para a recolha de dados e aplicação do estudo de investigação.

Depois de ter seleccionado os sujeitos participantes no estudo, tendo em conta os critérios de inclusão e a vontade dos mesmos em participar. Numa primeira fase foi necessário prestar esclarecimentos sobre o propósito da investigação aos participantes,

bem como aos responsáveis da instituição como referi anteriormente, foram previamente informados sobre os objetivos deste estudo, tal como das atividades que serão desenvolvidas. Os participantes foram informados que a participação neste estudo será de carácter confidencial e que apenas seriam aplicadas neste estudo.

Os dados foram recolhidos entre Novembro e durante o mês de Dezembro de 2018. O tempo médio de cada inquérito por entrevista foi de aproximadamente 20 minutos, face à necessidade de conversação apresentada por alguns utentes este tempo foi por vezes mais extenso. Sendo que os instrumentos foram aplicados de forma individualizada pelo investigador, com participação voluntária dos participantes, em locais onde os utentes se sentissem mais confortáveis. A aplicação dos restantes instrumentos de avaliação, a exceção do inquérito por entrevista, demorou cerca de 45 minutos com cada participante. Para todos os dados obtidos através dos questionários, foi utilizado o programa Excel, tabelando os dados estatisticamente, também recorri à análise de conteúdo de questões abertas efetuadas no questionário, os resultados serão apresentados através de estatísticas descritivas.

8. Tratamento de dados

Nesta fase da investigação, serão enumeradas as principais operações utilizadas para confrontar os dados recolhidos, no sentido de atingir os objetivos do estudo.

Como referi anteriormente, para o tratamento dos dados recolhidos através do questionário aplicado e dos instrumentos de avaliação, recorri ao tratamento informático utilizando o programa EXCEL e à análise de conteúdo de questões abertas efetuadas.

De forma a garantir o anonimato dos entrevistados, tal como garantido a cada participante a nível oral e através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi atribuído a cada participante uma letra pelo qual será representado na análise de conteúdo e em todas as referências às respostas dadas.

9. Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados das análises realizadas segundo os objetivos estipulados para esta investigação. Serão apresentados os dados relativos à caracterização dos participantes (Género, Idade, Profissão, Situação Conjugal, Atividades de Lazer), de uma forma simplificada, com o intuito de serem facilmente perceptíveis e analisados. Relativamente aos resultados obtidos através de estatísticas descritivas para os instrumentos utilizados: I- Escala de Satisfação com a Vida; II- Escala da Qualidade

de Vida WHOL-BREF; II- MINI-MENTAL- MMSE; a sua estrutura será composta por três pontos: os resultados descritivos de cada variável, a comparação entre géneros depois da implementação das atividades de animação sociocultural.

9.1 Caracterização dos participantes

Apresentamos, de seguida, a caracterização dos participantes relativamente ao género verifica-se que 50% da população é do género feminino e os restantes 50% do masculino. Através da observação da Tabela 3 podemos verificar que os participantes apresentam uma idade média de 90 anos, sendo que o mais velho tem 97 anos e o mais novo tem 78. Relativamente à longevidade da família dos participantes esta apresenta uma média de 92 anos, sendo que o participante com longevidade mais elevada seja de 98 anos e o com longevidade mais baixa de 86 anos. Relativamente ao estado civil, 60% dos participantes são viúvos, 20% casados e 20% solteiros.

Tabela 3- Caracterização dos participantes

Participantes	Género	Idade	Estado Civil	Naturalidade	Profissão	Fraternidade	Longevidade da família
P1	Feminino	86	Viúva	Alter do Chão	Escriturária	0	86 anos
P2	Feminino	92	Viúva	Graça do Divor	Trabalhadora Rural	2	98 anos
P3	Feminino	78	Casada	Baleizão	Empregada de Mesa	5	94 anos
P4	Feminino	85	Viúva	Évora	Costureira	1	95 anos
P5	Feminino	89	Solteira	Nossa Senhora	Doméstica	5	91 anos

	o		ra	de Machede			
P6	Masculi no	86	Viúvo	São Bartolom eu do Outeiro	Trabalhad or Rural	6	96 anos
P7	Masculi no	88	Viúvo	Nossa Senhora da Boa-fé	Pedreiro	4	87 anos
P8	Masculi no	78	Casad o	Évora	Operário fabril	0	Sem informaçã o.
P9	Masculi no	97	Viúvo	Évora	Trabalhad or Rural	2	98
P10	Masculi no	94	Soltei ro	Azaruja	Artesão	3	92

9.2 Satisfação com a vida e atividades de lazer

De seguida, apresentamos os resultados obtidos a partir da Entrevista Sociodemográfica de satisfação com a vida e lazer (Belga,2019) realizado para o efeito.

Satisfação com a vida

Verifica-se através da Tabela 4 que relativamente a dimensão Contributos/Fontes de Satisfação com a vida, podemos verificar que 40% dos participantes considera que a

“saúde” é um dos contributos para a satisfação com a vida. Seguidamente, 30% dos participantes considera que necessita de “melhorar” o seu estado de saúde para estar satisfeito com a sua vida. Os restantes participantes, 30 % considera que “sentir-se útil” é um dos contributos da satisfação com a vida.

Relativamente, a perceção de Satisfação com a vida, apenas, 10% dos participantes considera-a como “Boa” e os restantes 90%, considera-a como “ Média”.

Quando foram questionados sobre o nível de satisfação com a vida, verificamos que nenhum dos participantes se encontra no nível “Nada Satisfeito”, 60% sente-se “Pouco satisfeito” e 40% encontra-se “Satisfeito”.

Tabela 4: Satisfação com a vida

Dimensão	Categoria	%	Unidade de registo
Contributos/Fontes de Satisfação com a vida	Saúde	40%	<p>P2=”. Ter paz, saúde e boas companhias.”;</p> <p>P6=”. Ter saúde...”;</p> <p>P1=” Ter saúde é o essencial”;</p> <p>P5=”A saúde é o mais importante, não consigo fazer o que fazia há uns anos atrás, hoje</p>

			<i>vou fazendo a medida que posso.”;</i>
	Melhorar	30%	<p><i>P3= ” Gostava de ter mais saúde e estar melhor para fazer as coisas que gosto ”</i></p> <p><i>P9= ” Senti-me satisfeito se melhorasse, não tenho saúde ”</i></p> <p><i>P8= ”Tenho andado muito em baixo, muito tonto se tivesse melhor estava mais satisfeito ”;</i></p>
	Sentir-se útil	30%	<p><i>P7=Queria sentir-me bem comigo próprio e sentir-me útil nas coisas durante o dia. ”;</i></p> <p><i>P4= ” Queria estar</i></p>

			capaz, como dantes”
			P10= ”Estava satisfeito se me sentisse bem para fazer aquilo que queria”
Percepção da Satisfação com a vida	Boa	10%	-----
	Média	90%	-----
Nível de Satisfação com a vida	Nada Satisfeito	-----	-----
	Pouco Satisfeito	60%	-----
	Satisfeito	40%	-----

As evidências mostram que a saúde é um contributo fundamental para o participantes se sentirem satisfeitos com a vida (40%), fator que relacionado com o envelhecimento e tudo o que este acarreta, seja habitual os participantes encontrarem na saúde a sua satisfação com a vida, tendo estes uma percepção da sua satisfação com a saúde, média.

Atividades de lazer antes e depois da institucionalização

Relativamente as atividades de lazer que os participantes realizavam antes da sua institucionalização e depois, verificou-se, como podemos analisar na tabela 5 na

listagem de atividades, que antes de serem institucionalizados, 20% dos participantes no seu lazer convivia com amigos no café, 20% faziam costura, enquanto 30% gostava de ler, 10% jogar a malha, 20% jogava as cartas e a maioria no seu lazer gostava de passear.

Tabela 5: Atividades de Lazer antes e depois da institucionalização

Dimensão	Listagem de atividades	%
Atividades de lazer antes da institucionalização	Ler	30%
	Costura	20%
	Passear	50%
	Conviver com amigos no café	20%
	Jogar a malha	10%
	Jogar às cartas	20%
	Cantar	20%

Podemos também verificar que depois da institucionalização, 20% dos participantes mencionaram que gostam de cantar, 10% do atelier de escrita, 20% continua a gostar de ler, 40 % do cinema e 30% de trabalhos manuais. Podemos validar que algumas das atividades acima mencionadas depois da institucionalização fazem parte da oferta de atividades na Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).

	61				
<u>Itens/Escala Total</u>		<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Mín</u>	<u>Máx</u>
				:	:

Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal	4,0 0	1,4 1	2	6
As minhas condições de vida são excelentes	3,3	1,0 0	2	5
Estou satisfeito com a minha vida	4	1,2 6	2	6
Até ao momento, tenho alcançado as coisas importantes quer quero para a minha vida.	4,8	1,1 7	2	6
Se pudesse viver a minha vida de novo, não mudaria quase nada	3	1,2 6	1	6
Total da Escala SWLS	19, 1	6,1 2	9	29

Nota: M= valor médio; DP= Desvio Padrão; Min.= valor mínimo; Máx.= valor máximo.

9.3 Escala de Satisfação com a Vida

O instrumento que realiza a avaliação da descrição da satisfação com a vida dos inquiridos baseia-se em cinco questões. Como é perceptível na tabela 6, o valor médio total da escala apresentado é de 19,1 em 35 (D.P.= 6,12), ligeiramente abaixo do valor do ponto médio da escala de satisfação com a vida. O mínimo obtido foi de 9 valores na amostra, sendo que o máximo consistiu em 29 valores.

Os resultados apresentados podem ser também analisados em função do nível de satisfação. Segundo Pavot e Diener (2009) esse nível de satisfação está exposto da seguinte forma: extremamente insatisfeito, insatisfeito, levemente insatisfeito, ponto neutro de satisfação/insatisfação, levemente satisfeito, satisfeito, extremamente satisfeito.

Tabela 6- Escala de Satisfação com a vida (valor médio, desvio padrão, valor mínimo e máximo)

Através da análise dos resultados, podemos verificar que numa amostra de 10 participantes, nenhum se encontra “extremamente satisfeito” nem “extremamente insatisfeito”. Podemos concluir que 30% (n=3) da população está no nível “ponto neutro de satisfação/insatisfação ” com a vida, seguido de três grupos, 20% (n=2) “satisfeito”, 20% (n=2) “levemente satisfeito”, 20% (n=2) “levemente insatisfeito” por último 10% (n=1) da população no nível “insatisfeito” com a vida. Numa análise global, podemos constatar que a maioria da população da amostra se encontra no nível “neutro de satisfação e insatisfação “com a vida. Contudo, verificam-se elementos que tem um valor abaixo da média.

Tabela 7: Nível de satisfação de vida percecionado pelos participantes

Resultados descritivos relativamente ao nível de satisfação com a vida (N=10)		
	N	%
Extremamente insatisfeito	-	-
Insatisfeito	1	10%
Levemente Insatisfeito	2	20%
Ponto neutro de satisfação/insatisfação	3	30%
Levemente Satisfeito	2	20%
Satisfeito	2	20%
Extremamente satisfeito	-	-

Como podemos observar através da tabela 7, os participantes posicionam-se medianamente quanto à satisfação com a vida. Apesar de tudo parecem estar mais para a linha positiva (satisfeito).

9.4 Qualidade de vida (WHOQOL-Bref)

No que diz respeito ao instrumento utilizado para avaliar a Qualidade de Vida global e a percepção do estado de saúde (WHOQOL – Bref), foram avaliados quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente e ainda em duas questões gerais sobre a qualidade de vida e a satisfação com a saúde. Desta forma, podemos verificar na tabela x os resultados descritivos que em relação à primeira questão “Como avalia a sua qualidade de vida?” 70% (n=7) considera a sua qualidade de vida como “Nem Boa Nem Má”, para 30% (n=3) é “Boa”. Nenhum dos inquiridos considera que a sua qualidade de vida é “Muito Boa” ou “Muito Ruim”. Pode assim concluir-se que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados que apresentam quadro demencial é na sua maioria considerada como “Nem Boa Nem Má”. Relativamente à satisfação com a saúde as respostas tornam-se mais dispersas, porém metade da amostra (50%) afirma estar “nem satisfeito nem insatisfeito” com a sua saúde. Ainda que, 30 % da amostra considera-se insatisfeito(a) com a sua saúde e apenas 20% considera-se satisfeito. Podemos concluir que as respostas dos participantes foram neutras.(Tabela 8)

Tabela 8: Resultados descritivos relativos aos itens 1 e 2 do Questionário WHOQOL-BREF: avaliação global da Qualidade de vida e satisfação com a saúde (frequências e percentagens) (N=10)

Avaliação Global da Qualidade de Vida e Satisfação com a Saúde	n	%
<i>Como avalia a sua Qualidade de Vida?</i>		
Muito má	-	-
Má	-	-
Nem boa nem má	7	70%
Boa	3	30%
Muito boa	-	-
<i>Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?</i>		
Muito insatisfeito	-	-
Insatisfeito	3	30%
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	50%
Satisfeito	2	20%
Muito Satisfeito	-	-

Na tabela 9 podemos analisar, relativamente aos domínios, que o domínio mais elevado foi o domínio ambiente (3,2), e o domínio com o resultado menor foi o domínio relações sociais (3). Entre o domínio físico e o psicológico os resultados são similares sendo que apresentam uma média de 3,1. Relativamente às duas questões gerais não existe muita discrepância nas suas médias, sendo de 3,3 a avaliação global da qualidade de vida e de 2,6 a satisfação com a saúde.

Desta forma, ao analisarmos a Tabela 9, podemos verificar que os domínios que mais pontuação obtiveram foram, em ordem decrescente, autoavaliação da sua própria qualidade de vida, o meio ambiente, o psicológico, o físico e finalmente as relações sociais.

Tabela 9: Resultados descritivos (valores médios, desvio padrão, valor mínimo e máximo) dos domínios e total do Questionário da Qualidade de vida WHOQOL-Bref. (N=10)

Domínios e Escala Total	M	DP	Mín.	Máx.
Domínio Físico	3,1	0,813	1	5
Domínio Psicológico	3,1	0,761	1	4
Domínio das Relações Sociais	3	1,820	0	5
Domínio Ambiente	3,2	0,797	0	5
Avaliação Global da Qualidade de vida	3,3	0,458	3	4
Satisfação com a Saúde	2,6	0,8	1	4

Na tabela 10, estão expostos os resultados descritivos dos 26 itens do questionário da qualidade de vida. O posicionamento de cada participante a nível da média varia entre os 2,5 e 3,9. Os itens com valores médios mais elevados são os itens 16 (“Até que ponto está satisfeito com o seu sono?”), 19 (“Até que ponto está satisfeito consigo próprio?”), 20 (“Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?”) o que mostra que são fatores importantes para uma perceção positiva da qualidade de vida dos inquiridos. Os valores mínimos que se destacam são os itens 21 (“Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?”), 25 (“Até que ponto está satisfeito com os meios de transporte que utiliza”), 26 (“Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade e depressão?”). Na questão “Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio? “nenhum dos inquiridos respondeu “Muito insatisfeito”(n=0) nem “Muito Satisfeito” (n=0). As respostas foram as seguintes: 70% (n=7) consideram que estão “satisfeitos”, 30% (n=3) “Nem satisfeito nem insatisfeito”. Podemos assim verificar que a grande maioria dos idosos que responderam ao inquérito estão satisfeitos com a sua vida atual, e apenas 3 deles dizem estar “Nem satisfeitos nem Insatisfeito.”

Tabela 10: Resultados descritivos (valor médio, desvio padrão, valor mínimo, e máximo) dos itens (N=10).

Itens/ Escala total	M	DP	Min.	Máx.
1. Como avalia a sua qualidade de vida?	3,3	0,47	3	4
2. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	2,9	0,7	2	4
3.Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisas de fazer?	2,9	0,8306624	2	4
4.Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	3,1	0,5385165	2	4
5.Até que ponto gosta da sua vida?	3	1	2	4
6.Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	2,8	0,4	2	3
7.Até que ponto se consegue concentrar?	3	1	1	4
8.Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	3,2	0,6	2	4
9.Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	3,3	0,46	3	4
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	2,9	0,54	2	4
11.É capaz de aceitar a sua aparência física?	3,3	0,46	3	4

12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	2,9	0,83	2	4
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	3,2	0,75	2	5
14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	3,4	0,49	3	4
15. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar a si próprio)?	3	0,77	1	4
16. Até que ponto está satisfeito com o seu sono?	3,7	1,1	2	5
17. Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,1	0,7	2	4
18. Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?	3	0,77	2	4
19. Até que ponto está satisfeito consigo próprio?	3,7	0,46	3	4
20. Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?	3,9	0,54	3	5
21. Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?	0	0	0	0
22. Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	3,7	0,46	3	4
23. Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?	3,6	0,49	3	4

24. Até que ponto está satisfeito com acesso que tem aos serviços de saúde?	3,5	0,5	3	4
25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza?	2,5	1,28	0	4
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	2,8	0,87	2	4
Total da Escala	79,8	16,71	55	102

Relativamente ao género

O estudo das diferenças de género relativamente aos domínios da qualidade de vida revelaram uma diferença estatisticamente significativa, no quer no domínio físico quer no psicológico. Ou seja, a perceção da qualidade de vida no domínio psicológico e físico é inferior no género masculino comparativamente com o género feminino.

Tabela 11: Resultados dos domínios para a amostra independente: género feminino

Domínios e Escala Total	M	DP	Mín.	Máx.
Domínio Físico	3,2	0,748	1	5
Domínio Psicológico	3	0,795	1	4
Domínio das Relações Sociais	2,533333	1,821	0	4
Domínio Ambiente	3,3	0,678	2	5
Resultados descritivos do género Feminino				

Tabela 12: Resultados dos domínios para a amostra independente: género masculino

Domínios e Escala Total	M	DP	Mín.	Máx.
Domínio Físico	2,914286	0,685994	2	5
Domínio Psicológico	3,2	0,702377	2	4
Domínio das Relações Sociais	2,533333	1,857118	0	5
Domínio Ambiente	3,15	0,993808	0	4
Resultados descritivos do género masculino				

9.5 Exame Breve do Estado Mental (Mini Mental Examination-MMSE)

Seguidamente, analisámos a pontuação obtida no Exame Breve do Estado Mental. Os resultados serão apresentados separando cada uma das componentes que constituem o MMSE e no final será apresentada a pontuação global obtida pelo somatório das diferentes partes avaliadas.

Na tabela seguinte, podemos analisar o primeiro componente do MMSE, a Orientação espacial e temporal.

Tabela 13: Item da Orientação do MMSE

	Orientação		
		Participantes	Percentagem
Pontuação de 0 a 10	3	2	20%
	4	1	10%
	5	-	-
	6	3	30%
	7	1	10%
	8	-	-
	9	2	20%
	10	1	10%
	Total	10	100

Pela análise da tabela é possível verificar que as pontuações obtidas variam entre os 3 e os 10 pontos, sendo o valor médio de 6,3 e o desvio padrão de 2,37. Também é possível identificar que 70 % dos inquiridos obteve pontuação superior a 5 pontos, porém podemos concluir que a Orientação temporal espacial é dos domínios mais afetados.

Tabela 14: Item da retenção do MMSE

	Retenção		
		Participantes	Percentagem
Pontuação	2	4	40%
	3	6	60%
	Total	10	100

Pela análise da tabela 14, é possível constatar que 40% dos utentes inquiridos responderam apenas a duas questões corretamente e 60% respondeu corretamente á questão de retenção tendo obtido a pontuação máxima de 3.

Tabela 15: Item Atenção e cálculo MMSE

Atenção e cálculo		
	Participantes	Percentagem
0	-	-
1	-	-
2	1	20%
3	3	30%
4	1	10%
5	5	50%
Total	10	100

Pela análise da tabela 15, podemos verificar que a média de respostas situa-se nos 3,6 pontos com um desvio padrão de 1,56. Verifica-se também que 50% dos inquiridos obtiveram a pontuação máxima (5 pontos).

Tabela 16: Item evocação do MMSE

Evocação		
	Participantes	Percentagem
0	6	60%
1	1	10%
2	3	30%
3	-	-
Total	10	100

No critério da tabela 16 obteve-se como resultado máximo 0 respostas certas e resultado mínimo de 3, nenhum dos inquiridos conseguiu responder corretamente. Apenas 30% dos inquiridos teve 2 respostas corretas. Sendo num total de 10 participantes 60% dos inquiridos tiveram 0 respostas. Através da análise a tabela, é possível verificar que a maioria dos inquiridos apresenta algum tipo de falha na evocação.

Tabela 17: Item linguagem do MMSE

Linguagem		
	Participants	Percentagem
4	2	20%
5	1	10%
6	1	10%
7	6	60%
8	-	-
Total	10	100

A nível da dimensão da linguagem, verificou-se que 5,6 e 8 é a pontuação mínima, 7 foi a pontuação máxima. A média de respostas é de 4,2, sendo o desvio padrão de 2,23. Desta forma, podemos constatar que 60% dos inquiridos obteve 7 pontos na dimensão linguagem.

Tabela 18: Item Habilidade Construtiva do MMSE

Habilidade Construtiva		
	Participantes	Percentagem
0	7	70%
1	3	30%
Total	10	100

A nível da Habilidade construtiva a pontuação possível era de 0 ou 1 ponto, consoante a cópia da imagem do MMSE, o importante seria visualizar 2 pentágonos sobrepostos com cinco lados, dois dos quais intersectados. Desta forma, verifica-se que existe uma discrepância nas respostas, sendo que 3 participantes conseguiram obter 1 ponto na dimensão da habilidade construtiva. Deste modo pode-se concluir que 70% dos inquiridos apresenta limitações a nível da habilidade construtiva.

Realizando uma breve análise às pontuações globais obtidas no MMSE após a soma das pontuações obtidas no desempenho das tarefas que compõem as diversas dimensões avaliadas, podemos verificar que a pontuação oscila de 16 até 25 pontos, abaixo do que é a pontuação máxima possível (30 pontos). A média de pontuação é de 1,60 com um desvio padrão de 0,481 pontos.

Tabela 19: Desempenho global no MMSE Exame Breve do Estado Mental

Pontuação		Participantes	Percentagem
	16	1	10%
	17	-	-
	18	1	10%
	19	2	20%
	20	1	10%
	21	2	20%
	22	1	10%
	23	-	-
	24	-	-
	25	2	20%

Analisado o défice cognitivo dos participantes verifica-se que 20 % dos inquiridos obteve um desempenho de 25 pontos de pontuação global no MMSE (défice cognitivo baixo). Aos restantes 8 utentes que obtiveram um desempenho inferior a 25 pontos (défice cognitivo médio).

10. Discussão dos Resultados

Neste capítulo da investigação pretende-se interpretar os dados, através dos resultados da investigação no sentido de ajudar na compreensão dos resultados obtidos. Como tal, também se pretende dar resposta aos objetivos do estudo, sendo o objetivo principal a perceção do impacto que a atividade de animação sociocultural tem em idosos institucionalizados com demência.

Da amostra de 10 utentes foi possível aplicar uma entrevista semi-diretiva e os instrumentos de avaliação a 5 idosas do sexo feminino e 5 idosos do sexo masculino sendo que a idade mais representada foi entre os 78 anos e os 97 anos, assumindo uma média de idade de 90 anos, o que nos permite verificar que a esperança de vida é muito elevada na nossa sociedade, segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), a Esperança de vida nos idosos deve-se relacionar com a Qualidade de Vida, as variáveis individuais e sociodemográficas, nomeadamente a idade, o género, o estado de saúde entre outros, bem como o contexto em que estes se encontram inseridos. Se existe uma maior qualidade de vida, o número acrescido de idosos poderá viver a sua longevidade de forma saudável. E como podemos constatar que a longevidade dos nossos participantes varia no valor mais elevado de 98 anos e no mais baixo de 86 anos.

A maior parte dos inquiridos são viúvos (60%) e relativamente à escolaridade a maior parte concluíram a algum tipo de escolaridade. A profissão mais comum é a de trabalhador rural. (40%). Todos os participantes têm naturalidade no Alentejo.

O primeiro instrumento a ser aplicado, foi a Entrevista de Satisfação com a vida e lazer (Belga, 2019), foi possível aferir que a saúde é um dos contributos mais importante para os participantes se sentirem satisfeitos com a vida (40%), porém os participantes confirmam que ao sentirem-se úteis (30 %) para sociedade e no meio onde estão inseridos que é um dos fatores contributivos para a sua satisfação. Relativamente ao nível de satisfação com a vida, 60% dos participantes encontra-se pouco satisfeito. O que nos leva a querer que este fator esteja relacionado coma categoria da Saúde. Pois, estando o envelhecimento relacionado com um conjunto de fatores externos, tais como, o estado de saúde, parte de um bem-estar pessoal e abrange todos estes aspetos e dá ao

indivíduo uma melhor autoestima, posteriormente uma melhor qualidade de vida nesta fase, que é o processo de envelhecimento. (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Relativamente, as atividades de lazer realizadas antes e depois da institucionalização, podemos verificar que, a maioria presentemente efetua atividades de lazer e antes também as efetuava. A Organização Mundial de Saúde (2002:12), defende, relativamente ao envelhecimento ativo, como sendo um “processo pela qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objetivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice”. De certa forma, é necessário um bem-estar total para que nesta fase da vida, o idoso consiga ter um estilo de vida saudável, sendo como podemos verificar anteriormente, a saúde um fator essencial na satisfação de vida dos participantes. Desta forma, a qualidade de vida que este poderá ter na velhice, dependerá assim de vários elementos que estão em constante interação ao longo da vida do indivíduo. O lazer na terceira idade caracteriza-se como um facto contributivo ao aumento da qualidade de vida destes, a ocupação do seu tempo livre, a convivência com outras pessoas e a possibilidade de novas aprendizagens estimula no idoso a “vontade de viver” que através da observação consegui aferir, que o facto de estes se sentirem uteis e estarem ocupados, fazia com que se sentissem melhor ao nível da sua autoestima.

Relativamente ao instrumento de avaliação, Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), podemos verificar que a média é de 19,1, o que podemos afirmar que se torna numa amostra com um nível de satisfação com a vida neutro, ou seja, a maioria dos participantes encontra-se no ponto de satisfação e insatisfação. Também é de realçar que o valor máximo respondido maioritariamente foi o “ Neutro, não concordo, nem discordo”.

Os níveis de satisfação propostos por Pavot e Diener (2009) são: extremamente insatisfeito, insatisfeito, levemente insatisfeito, ponto neutro de satisfação/insatisfação, levemente satisfeito, satisfeito, extremamente satisfeito. Nesta investigação 30% (n=3) da população está no nível “ponto neutro de satisfação/insatisfação ” com a vida, seguido de três grupos, 20% (n=2) “satisfeito”, 20% (n=2) “levemente satisfeito”, 20% (n=2) “levemente insatisfeito” por último 10% (n=1) da população no nível “insatisfeito” com a vida. Como tal, é de fácil análise que a amostra inquirida, se encontra no ponto neutro de satisfação/insatisfação, com tendência positiva mais para o nível satisfeito.

A literatura afirma que, com a idade a noção de vulnerabilidade a influências externas tende a aumentar. Estas serão provenientes do envelhecimento biológico e não se conseguem controlar. (Brandtstädter e Baltes-Gotz (1990)). Os autores verificam também, que quanto maior é o controlo pessoal, mais intensos são os sentimentos de satisfação, sendo que o sentido inverso causará a possibilidade de depressão, preocupação e desamparo.

O terceiro instrumento aplicado, foi a Escala da Qualidade de Vida- WHOQOL -BREF, apresenta em primeiro lugar uma neutralidade nos resultados dos idosos inquiridos, onde 70% dos participantes considera que a sua qualidade de vida é “nem boa, nem má” e somente 30% considera a sua qualidade de vida como “boa”. O mesmo acontece a nível dos domínios, o domínio mais elevado foi o ambiente, enquanto o mais baixo foi o domínio das relações sociais. Enquanto o domínio físico e psicológico foram similares ($M=3,1$), o que nos indica que, indo ao encontro dos resultados da escala de satisfação com a vida, por motivos de saúde, neste caso específico, tendo 5 inquiridos diagnosticados com doença de Alzheimer, esta que afeta a capacidade mental, acaba por afetar um conjunto de domínios, como psicológico, físico e o social que existindo limitações, cria barreiras no relacionamento com os outros. Tal como, afirma, Novo (2000), o bem-estar é um domínio desenvolvido, no âmbito do desenvolvimento do adulto e da saúde mental e ligado aos aspetos psicossociais, à qualidade e à satisfação com as condições e circunstâncias de vida, medidas de satisfação, qualidade de vida, bem-estar psicológico e bem-estar físico podem ser consideradas contributos para a identificação do envelhecimento.

Para se realizar a avaliação cognitiva a amostra foi submetida ao instrumento de avaliação “Mini Mental Examination-MMSE”.

Desta forma, a nível do MMSE, verifica-se uma pontuação média de 1,60 com um desvio padrão de 0,481 pontos, sendo 16 pontos a pontuação mais baixa e 25 a pontuação mais elevada, ligeiramente abaixo da pontuação máxima do MMSE. 20 % dos inquiridos obteve um desempenho de 25 pontos de pontuação global no MMSE (défice cognitivo baixo). Aos restantes 8 utentes que obtiveram um desempenho inferior a 25 pontos (défice cognitivo médio).

Face aos resultados obtidos relativamente a influência que as atividades de animação sociocultural podem ter na vida dos mais velhos, seria de sugerir a realização de um

projeto que permita o melhoramento da satisfação com a vida. Neste sentido, parece evidente que sejam realizados um conjunto de atividades planificadas que permitam desenvolver competências que sejam protetoras a nível cognitivo e motor. A animação sociocultural constitui uma mais valia para a abordagem desta problemática. Permitindo que os idosos tenham benefícios com a prática das atividades programadas adequadas a este grupo-alvo. O projeto que se propõe de seguida parte das necessidades identificadas pelos participantes, permitindo um envelhecimento positivo.

Parte III

Projeto de Intervenção

11. Projeto- “Viver ativamente na demência”

11.1 Fundamentação do Projeto

Após uma reflexão dos conteúdos abordados no enquadramento teórico do presente documento, torna-se importante referir que com processo de envelhecimento advém transformações físicas, próprias de organismos que envelhecem, e transformações sociais. Mesmo considerando que envelhecer não significa necessariamente adoecer, é notório que certas doenças são mais frequentes em idosos. Estas doenças podem acarretar uma incapacidade parcial ou total do indivíduo idoso e causando uma maior vulnerabilidade reduzindo a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa.

Segundo, Rocha de Carvalho et al (2009) o processo de envelhecimento acarreta um conjunto de problemas de saúde físicos e mentais, provocados por doenças crónicas e quedas.

Neste sentido, existe uma necessidade de responder à problemática vivida quotidianamente pela investigadora. O projeto tem como denominação “Viver ativamente na demência” foca-se na intervenção através de técnicas de Animação Sociocultural, que tem como objetivo manter e desenvolver as capacidades físicas e intelectuais dos idosos, para que estes sintam que ainda podem e têm capacidades para desenvolver atividades. A sua participação nas mesmas, torna-se num desafio devido às várias limitações em que se encontram. Desta forma, procura-se implementar um programa específico para idosos institucionalizados que apresentem um quadro demencial, onde será pertinente reunir um conjunto de exercícios de estimulação adaptados que permitam o preenchimento da vida, para que estes possam ter uma melhor qualidade da mesma.

Tendo em conta, a especificidade do trabalho realizado diariamente com este grupo-alvo, tratando-se de uma camada da população que é especial, no sentido em que possui

um leque considerável de experiências, variedades de aprendizagens que são ricas em valores e costumes de antigamente, embora estes sintam as mesmas necessidades básicas que o resto da população, necessidades de amor, conforto familiar, segurança interior e exterior e necessidade de ser independente, sendo que esta independência se traduz no bem-estar e na sua autonomia, o que com o avançar da idade vem sendo cada vez mais difícil é importante para o idoso vivenciar um processo de envelhecimento bem-sucedido, em que o acompanhamento físico, psíquico, social, espiritual, religioso e de ocupação dos tempos livres, assuma um papel de extrema importância. Existe a necessidade de valorizar esta última etapa da vida, inferindo nela um sentimento de bem-estar e de sentido para a vida do idoso, tornando-se assim, num grande desafio para aqueles que não substituem a família mas que têm, um papel crucial na vida dos idosos, que são os técnicos que “trabalham” diariamente com eles.

11.2 Objetivos

Com vista à validação de histórias de vida, a remanescências positivas do passado este projeto de intervenção tem como objetivos:

- Estimular da memória a longo prazo;
- Aumentar o nível de qualidade de vida dos idosos com demência;
- Manter capacidades cognitivas;
- Adaptar estratégias que favoreçam os idosos a nível cognitivo, sensorial e motor;
- Reforçar relações intergrupais.

11.3 Público-alvo

Destina-se a pessoas a partir dos 65 anos institucionalizados que apresentem quadro demencial, as atividades serão realizadas através de um acompanhamento individual, seguido de dinâmicas de grupo, de forma a integrar e a promover o processo de socialização entre os utentes, ultrapassando limitações na relação com o grupo.

11.4 Recursos

Para a organização de um plano específico de atividades a nível cognitivo, sensorial e sociocultural. Para que seja possível a concretização deste projeto e cumpridos os objetivos delineados são necessários vários recursos.

Como **recursos humanos**:

- Animadora Sociocultural;
- Psicóloga;
- Psicomotricista;

Como **recursos materiais**:

- Material consumível (Cartolinas, folhas A4, canetas, lápis, etc.);
- Todo o material inerente para a preparação das atividades (tintas, cola, tecidos, pincéis, linhas, agulhas, etc.).
- Computador, impressora;
- Máquina Fotográfica, microfone e coluna;
- Jogos cognitivos e diário de campo.

11.5 Planificação das atividades

Tendo em conta a particularidade dos participantes e o projeto, será feito inicialmente uma recolha de histórias de vida, estimulando a memória a longo prazo.

Será desenvolvida a “Oficina Mente Ativa” através de jogos interativos de forma a manter as capacidades cognitivas. Também serão desenvolvidas dinâmicas de grupo, onde será trabalhada a cooperação, entreajuda, tal como as competências sociais.

Através da Oficina de Música pretende-se, contudo, ter momentos de descontração o que é muito importante para o bem-estar dos idosos. Neste sentido, as atividades que envolvam música são essenciais. Basicamente, através da música são desenvolvidas várias ações que estimulam o cérebro dos participantes, fazendo com que eles se sintam bem. Estimulam os participantes a exercitar a fala, a expressar seus pensamentos e sentimentos por meio de canções, o que estimula a atividade cerebral. O contato com outras pessoas, bem como a exposição de sentimentos e emoções ajuda a combater a depressão, tornando-se como uma ferramenta de apoio psicológico.

Face ao evidenciado apresenta-se o seguinte plano de ação:

Objetivo Geral	Objetivo específico	Atividade	Recursos	Desenvolvimento da atividade
----------------	---------------------	-----------	----------	------------------------------

Planificação de Atividades do Projeto “Viver ativamente na demência”

-Promover convívio intergrupar;	-Estimulação cognitiva -Estimulação da criatividade.	-Oficina de Música	- Coluna; -Telemóvel; -Cartões Ilustrativos;	Interação intergrupar, o convívio e o enriquecimento da cultura de cada um.
-Aumentar a atividade cerebral, retardar os efeitos da perda de memória e da acuidade e velocidade perspectiva		-Oficina Mente Ativa		Esta oficina é desenvolvida através dos ateliers de memória que compreendem o desenvolvimento de: Operações Aritméticas Simples; Jogo das Diferenças; Jogo do Labirinto; Jogo de Memória; Criação de Histórias através de imagens; Associação de Cores; Jogos interativos; Jogo de Tabuleiro “Expressões”.
- Estimulação de todos os sentidos		-Atelier de Estimulação	-Imagens; -Sons; -Materiais com textura -Alimentos	Jogos de Reconhecimento auditivo; tátil; visual; olfato; paladar

		Sensorial		Esta atividade irá consistir em jogos que permitam apurar todos os sentidos especificamente para utentes que se encontram mais dependentes.
-Validar histórias de vida;	<p>- Consciencializar o conhecimento e a importância do património vivo que por vezes é esquecido;</p> <p>-Estimular a memória a longo prazo;</p>	“Naquele tempo em que a gente...”	<p>- Diário de Bordo;</p> <p>-Computador;</p>	Procura aquilo que é mais raro e que têm tendência a desaparecer, recolher aquilo que os utentes guardam do seu passado. Validando as suas histórias de vida, ir buscar ao baú décimas e quadras que cada utente saiba de antigamente, músicas que se cantavam enquanto se trabalhava, “mézinhas” que saibam, trazendo assim uma reminiscência positiva do

				passado. Será uma consciencialização, que é essencialmente um mecanismo de alfabetização da memória, tendo em conta que é importante documentar, e reutilizar fragmentos da memória de “gentes de outrora”.

Conclusão

Através do projeto de investigação efetuado foi possível constatar que a problemática do envelhecimento é um processo muito complexo e que na maioria dos idosos o que este acarreta não lhes é totalmente aceite, especificamente com todas as mudanças que este comporta.

Atualmente assistimos a um envelhecimento progressivo da população mundial, numa análise demográfica podemos referir que se a natalidade continuar baixa e existir uma maior esperança de vida, futuramente teremos uma pirâmide de idades, esta que nos permite analisar a distribuição da população por idade e sexo, envelhecida ou seja esta terá uma base muito estreita, em virtude dos baixos índices de natalidade e um topo muito alargado, em função da baixa mortalidade e da baixa natalidade. Este acontecimento devesse também a evolução que a medicina tem tido ao longo dos tempos, existe um cuidado na saúde ao longo da vida, para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência, especificamente com idosos que ainda se encontram na sua residência, porém os fatores de risco e as doenças são mais frequentes neste grupo de idades pessoas, é assim exigido a definição de linhas orientadoras para a manutenção de um envelhecimento saudável, a promoção da autonomia e a melhoria da intervenção dos prestadores de cuidados.

Devido as mutações demográficas e ao aumento de situações de idosos na sua residência sem autonomia para realizar as suas necessidades básicas, com graus de demência que acarreta dependência, é uma realidade que “assusta” a gerações vindouras pois, idosos com reformas baixas que não tem capacidade para custear um lar ou por ventura, pagar cuidados de terceiros são institucionalizados custeando só o valor da sua reforma, onde um idoso custa ao estado o dobro desse valor, pois são necessários vários cuidados, medicamentos, e equipamentos adequados as limitações deste. Estamos perante uma encruzilhada de valores e princípios, pois os descontos que os indivíduos ativos fazem durante a sua vida profissional contribuem para estas situações, mas levanta-se a questão: Se o número de idosos não para de crescer, se as reformas são cada vez mais baixas, até quando esta situação terá durabilidade e até quando se conseguirá prestar os devidos cuidados aos indivíduos idosos que apresentam vulnerabilidade? Esta é uma realidade com que a sociedade se depara cada vez mais.

Este trabalho de investigação foi desafiante, através da observação, conseguimos, analisar que hoje em dia os técnicos, trabalham mais com idosos que estejam mais autónomos, no sentido de poder retardar estados demenciais e manter algumas capacidades existentes. Na verdade, idosos que se encontrem diagnosticados com quadro demencial, torna-se complicado de conseguir trabalhar e obter resultados com este público. Porém, este foi o desafio. Entender se as atividades que são realizadas tem

algum impacto no bem-estar destas pessoas. Mais que não seja, simplesmente ocuparem o seu tempo livre de forma correta.

Os participantes mostraram valores neutros no que diz respeito a qualidade de vida e a satisfação com a vida, o que mostra que para além daquilo que o envelhecimento acarreta, estes até não estão insatisfeitos. Sendo a satisfação com a vida uma meta entre aqueles que alcançam maior longevidade. Esperava-se encontrar uma maior negatividade no que diz respeito, aos níveis de satisfação com a vida, o estado de saúde é um dos principais influenciadores, quer da qualidade quer da satisfação com a vida.

O que nos chamou mais atenção nesta investigação, é o facto de o domínio ambiente ser o fator mais importante para a qualidade de vida e satisfação da vida. Ou seja, as pessoas podem possuir limitações físicas, cognitivas, mas se em termos de ambiente (espaço social e físico) estiverem dentro do normal, é bastante satisfatório. Assim, podemos verificar que se o espaço físico reunir uma política estimulante, este torna a vida dos idosos mais desprendida, removendo ideias pré-estabelecidas, assentes sobre os lares de idosos. De forma, a existir uma alternativa válida, uma resposta à melhoria e qualidade de vida do idoso, ao nível de cada um, e em benefício de todos. Contribuindo para o bem-estar destes, que saem da sua residência para serem institucionalizados num espaço que não conhecem, que segue um conjunto de normas, onde a privacidade se torna diminuta. É necessário que exista uma intervenção, que se ajuste aos novos desafios impostos pelos idosos, criando medidas facilitadoras na participação na vida social, no desempenho de um papel ativo. Baseada num conjunto diversificado de atividades, com um estímulo permanente para as capacidades mentais, físicas e afetivas consideradas como um fator determinante para a qualidade de vida dos mais velhos. É importante que se quebrem barreiras, através da dinamização de atividades de animação sociocultural para que o idoso se sinta ocupado e útil e de alguma forma se sinta autónomo na realização dessas mesmas atividades.

É relevante referir que os idosos nesta fase da vida em que estão mais vulneráveis tenham a necessidade de chamar a atenção e de se manterem ocupados. Existe também uma necessidade de contante interação com outros indivíduos e com o seu meio envolvente. Relativamente aos idosos institucionalizados o seu estilo de vida passa a ser marcada por uma rotinização, daí ser tão importante a ocupação de tempo livre com atividades que eles tenham interesse em realizar.

Assim e com a esperança média de vida a atingir números cada vez maiores, torna-se imperioso definir estratégias que garantam a todos os idosos um envelhecimento saudável e consequentemente menos depressivo, especialmente em idosos que se encontram institucionalizados. Terá que existir um trabalho ao longo de todo o ciclo de vida que vise a qualidade de vida de forma a promover uma vida ativa no envelhecimento, com o intuito de procurar sensibilizar que esta fase perca a conotação negativa que lhe é atribuída por algumas pessoas.

Tendo por base o que já foi referido, pode-se concluir que os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos, sendo, no entanto, necessário salientar as limitações que ocorreram durante todo o processo de investigação ao nível temporal, porém foi uma barreira que foi ultrapassada durante o todo o processo.

Num futuro estudo seria importante aumentar a amostra para se obter resultados mais conclusivos.

O projeto de intervenção apresentado constitui uma mais valia do estudo uma vez que a intervenção sugerida, constitui um conjunto de atividades, de forma a prevenir declínios prematuros, potenciar a qualidade de vida aos idosos de forma a que estas possam usufruir da mesma, o que pode e deve incluir o contacto com outros públicos, nomeadamente as crianças. Evitando um envelhecimento acentuado e substitui-lo por um envelhecimento positivo.

Precisamos assim de sensibilizar a comunidade, de converter a opinião pública, para que a velhice seja vista como uma fase realizadora da vida. É preciso compreender o idoso, não basta ver, é preciso sentir e procurar compreender a forma como ele sente. E conseguirmos contribuir, nesta que é a última fase do ciclo de vida, um envelhecimento saudável. É necessário criar e manter contextos favoráveis e facilitadores para envelhecimento para promover o bem-estar dos mais velhos e continuarem pelo maior tempo possível, autónomos e úteis para a sociedade.

Referências Bibliográficas

Alves, A. Rodrigues, N. (2010). *Determinantes sociais e económicos da saúde mental*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 28(2): 127-131. Acedido a: 10 de Janeiro 2018, em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870902520100020003&lng=pt;

Amaro, M. (2013). A transformação da identidade em idosos institucionalizados - Um estudo de casos múltiplos. Dissertação de Mestrado em Educação Social. Escola Superior de Educação de Bragança. Acedido a : 18 de Fevereiro 2018, em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8384/1/A%20Transforma%C3%A7%C3%A3o%20da%20Identidade%20em%20Idosos%20Institucionalizados.pdf> ;

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores: Lisboa.

Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. (1999). *Manual do Cuidador*. A.P.F.D.A:Lisboa.

Ballone, G. J. (2000). *Personalidade*. Acedido em: <http://www.psiqweb.med.br> .

Baltes, P. B. e Graf, P. (1996). Psychological Aspects of Aging: Facts and Frontiers. In D. Magnussum, *The Lifespan Development of Individuals: Behavioral, Neurobiological and Psychosocial Perspectives*. USA: Cambridge University Press.

Baltes, P. B. Staudinger, U. M. e Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theoretical and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*. 50. 471-507.

Barreto, J. (2005) *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual*. Sociologia, 15:289-301.

-Barros de Oliveira, J. H. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Legis Editora. Porto.

Brandtstädter, J. e Baltes-Götz, B. (1990). *Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood*.

Canavarro, M. C. Simões, M. R. Vaz Serra, A. Pereira, M. Rijo, D. Quartilho, M. J. Gameiro, T. P. Carona, C. (2007). *Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref*. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Quarteto Editora: Coimbra.

Carvalho, E. M. R.; GARCES, J. R. MENEZES, Ruth L. S. Elisângela C. F. *O olhar e o sentir do idoso no pós-queda*. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2010, 13(1): pp.7-16. ISSN 1981-2256.

Comissão Europeia e Alzheimer Europe (1999). *Care Manual* (1.^a edição em português.). Lisboa: A.P.F.A.D.A.

Comissão das Comunidades Europeias. (2005). Livro verde: *Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união Europeia*. Bruxelas.

Diener, E. Emmons, R.. Larsen, R. e Griffins, S. (1985). *The satisfaction with life scale*. *Journal of personality assessment*. 49 (1): 71-75.

DIENER, E. OISHI, S. e LUCAS, R. (2003) *Personality, Culture, And Subjective Well-Being: Emotional And Cognitive Evaluations Of Life*. 54: 403–25. *Annual Reviews Psychology*.

Direção geral de saúde (DGS). Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas. DGS, (2004). Online em: www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf. Consultado em 19/03/2018;

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* Lisboa: Climepsi.

-Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Climepsi. Lisboa.

-Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: A Social-Psychological Analysis*. Academic Press. New York.

-Instituto da Segurança Social, I.P. (s.d.) Manual de processos-chave: estrutura residencial para idosos. Lisboa: ISS, I.P. Acedido em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21436&m=PDF.

-Jacob, L. (2002) *O idoso e a comunidade-respostas sociais*. CCEB / Portal do Avô. Acedido em: <http://www.portaldoavo.com.pt/>.

- Jacob, L. 2007. *Animação de Idosos: atividades*. Âmbar. Porto.
- Keyes, C. (2005). *Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 73(3), 539-548.
- Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer. New York.
- Marchand, H. (2005). *A Idade da Sabedoria- Maturidade e Envelhecimento*. Âmbar. Porto.
- Marques, E. M. B. G. Sánchez, C. S. e Vicario, B.P. (2014). *Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos*. Revista de Enfermagem Referência, IV(1):75-84.
- McAuley, E. e Rudolph, D. (1995). Physical activity, aging, and psychological Well-being. Journal of Aging and Physical Activity, 3, 67-96.
- Morgado, J. Rocha, C. Maruta, C. Guerreiro, M., e Martins, I. (2009). *Novos valores normativos do mini-mental state examination*. Sinapse, 9(2): 10-16.
- Okuma, S.S. (1998). *O idoso e a atividade física*. Papirus. São Paulo.
- OMS, (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo*. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Gráfica Brasil. Brasília.
- OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan Americana de Saúde. Acedido em: http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/envelhecimento_ativo.pdf.
- Paúl, C. Ribeiro, O. (2013). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lidel. Lisboa.
- Paúl, C. Fonseca, A.M. Cruz, F. Cerejo, A. (2001). *EXCELSA- Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal*. Psicologia. 2: 415-426.
- Paúl, C. Ribeiro, O. (2013). *Manual de Gerontologia – Aspectos bio comportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lidel. Lisboa.
- Paúl, C., e Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Climepsi Editores: Lisboa.

- Peralta, E. (2001). *Estudo sobre os objetivos de vida na idade adulta avançada. Dissertação de Doutorado*. Faculdade de Ciências da Educação e Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pavot, W., e Diener, E. (1993). *Review of the satisfaction of life scale*. Psychological assessment, 5(2): 164-172.
- Resende, M.c, et al.,(2011). *Saúde Mental e Envelhecimento*.: PSICO. 42(1),Janeiro-Março.
- Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D. & Essex, M. J. (1998). *Resilience in Adulthood and Later Life*. In J. Lomraz (Coord.), *Handbook of Aging nad Mental Health: Na Integrative Approach*. Plenum Press: New York.
- Roncon, J. & Menezes, I. (1993). *Consulta psicológica Comunitária e Terceira Idade*, Cadernos de Consulta Psicologica,9,29-36.
- Simões, A. (1992). *Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)*. Revista Portuguesa de Pedagogia, 26(3), 503-515.
- Sousa, L., & Figueiredo, D. (2003). *(In)dependência na população idosa: um estudo exploratório na população portuguesa*. Psychologica, 3, 109-120.
- Sousa, L., Galente, H., e Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. Revista de Saúde Pública, 37, 364-371.
- Smith, K.W., Avis, N.E. e Assmann, S.F. (1999) Distinguishing between Quality of Life and Health Status in Quality of Life Research: A Meta-Analysis. *Quality of Life Research*, 8, pp. 447-459.Acedido em: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1008928518577>.
- Tavares, K. O., Scalco, J. C., Vieira, L., SILVA, J.R., BASTOS, C.C.C.B., (2012). *Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso*. Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde, São Paulo, v. 15, n. 2. Acedido em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/8979/10186.~:>
- Velasco, C. (2006) *Aprendendo a envelhecer: a luz da psicomotricidade*. São Paulo: Phorte.

-VECCHIA, R. D. RUIZ, T. Bocchi, S., M.e Corrente, M. E. (2005) *Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo*. Rev. bras. epidemiol.vol.8, n.3, pp.246-252. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>;

-Zimerman, G. I.(2000) *Velhice: Aspetos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

ANEXOS

ANEXO I- Consentimento informado

ANEXO II- Entrevista de Satisfação com a vida e lazer

Parte/Objetivo	Dimensão	Sub-Dimensão	Questão
<u>Parte I- Perfil Sociodemográfico dos participantes</u>			
	Caracterização do (a) participante	Idade; Naturalidade; Esperança de Vida; Género; Habilitações literárias; Situação Conjugal;	<p>-Qual é a sua idade/em que ano nasceu?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onde? • Tem irmãos? <p>Em que lugar se posiciona?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qual é a longevidade da sua família (até que anos vivem?) <p>-Género Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/></p> <p>- Qual o seu nível de escolaridade e profissão que exerceu?</p> <p>-Qual é a sua situação conjugal? (Vínculo,</p>

			duração/anos)
<u>Parte II- Identificação de Atividades de Lazer</u>			
	Atividades de Lazer	As que praticavam; as que praticam; as que gostavam de praticar.	<p>- O que é que gosta de fazer nos seus tempos livres? O que gostava de fazer antes de vir para a instituição?; /</p> <p>Assinale ás seguintes atividades que gostaria de realizar futuramente:</p> <p>Passeios no exterior <input type="checkbox"/></p> <p>Jogos <input type="checkbox"/> lúdicos (cartas,dominó,bingo)</p> <p>Atelier de Escrita e Leitura <input type="checkbox"/></p> <p>Atelier de Cante e Dança</p> <p>Informática</p> <p>Outra _____.Qual?</p>
<u>Parte III- Satisfação com a vida</u>			
	Satisfação com a Vida	Contributos/Fontes de satisfação com a vida	- O que é que contribui para a sua satisfação com a vida?;

		<p>Nível de satisfação com a vida</p> <p>- Qual é a sua satisfação com a vida?</p> <p>Se pudesse quantificar a sua satisfação com a vida no momento, como a quantificava?</p> <p>1- Nada Satisfeito</p> <p>2- Pouco Satisfeito</p> <p>3- Satisfeito</p> <p>4- Muito Satisfeito</p> <p>O que falta para ficar completamente satisfeito com a sua vida?</p> <p>Há alguma diferença entre o que agora contribui e o que anteriormente contribuía? Qual? Porquê?</p>
--	--	--

ANEXO III- Escala da Qualidade de Vida

A1	Idade	<input type="text"/>	anos	A2	Data de Nascimento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
A3	Sexo	<input type="text"/>	Masculino	A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever
		<input type="text"/>	Feminino			Sabe ler e/ou escrever
						1º-4º anos
						5º-6º anos
						7º-9º anos
						10º-12º anos
						Estudos Universitários
						Formação pós-graduada
A5	Profissão	<input type="text"/>				
A6.1	Freguesia	<input type="text"/>				
A6.2	Concelho	<input type="text"/>				
A6.3	Distrito	<input type="text"/>				
A7	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>			
		Casado(a)	<input type="text"/>			
		União de facto	<input type="text"/>			
		Separado(a)	<input type="text"/>			
		Divorciado(a)	<input type="text"/>			
		Viúvo(a)	<input type="text"/>			

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

ANEXO IV- Escala da Satisfação com a Vida

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Seguidamente vai ler 5 afirmações com as quais pode concordar ou não. Utilize a escala de 1 a 7 para indicar a sua concordância com cada afirmação. Coloque uma cruz no número apropriado na linha à frente a cada afirmação. A escala de 7 pontos é a seguinte:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro, não concordo, nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente

1	Em muitos campos a minha vida está próxima do meu ideal	1	2	3	4	5	6	7
2	As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3	Estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4	Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que quero para a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
5	Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO V- “ Mini- Mental Exatiation (MMSE)”

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_24_21_18_15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

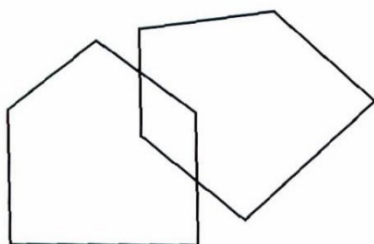
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27